

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

335

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 mai 1901, à 1 heure

Par M. CAILLETON

Né à Maulévrier (M.-et-L.) le 12 mars 1877.

DES

DIFFÉRENTES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

DANS LE

TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : { MM. LANDOUZY, professeur.
RECLUS et GAUCHER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

335

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

388

THÈSE

1802

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 mai 1901, à 1 heure

Par M. CAILLETON

Né à Maulévrier (M.-et-L.) le 12 mars 1877.

DES

DIFFÉRENTES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

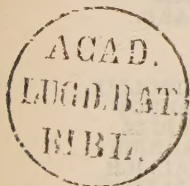
DANS LE

TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : { MM. LANDOUZY, professeur.
RECLUS et GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Docteurs.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pathologie médicale		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARAIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Avant de terminer nos études nous tenons à exprimer d'abord toute notre reconnaissance à M. le Professeur Fournier pour l'honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de cette thèse. Nous nous souviendrons longtemps de ses leçons, que nous eûmes le plaisir d'entendre pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Louis.

A nos maîtres de Nantes, à ceux qui les premiers nous guidèrent dans nos études médicales MM. Heurtaux, Jouon, Dianoux, A. Monnier nous adressons nos remerciements sincères. Enfin que nos maîtres de Paris, ceux qui nous ont accepté comme externe, MM. Du Castel, Félizet, Roger, et tous ceux chez qui nous avons puisé un peu de la science médicale MM. Variot, Lermoyer, Boissard, soient assurés de notre reconnaissance et de notre dévouement.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES

Différentes interventions chirurgicales

DANS LE

TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX

INTRODUCTION

Nous n'avons pas eu, en écrivant cette thèse, l'intention de faire *a priori* un choix, dans les nombreuses interventions chirurgicales qui ont été proposées, pour la cure radicale de l'ulcère variqueux. Nous n'avons pas voulu davantage, ayant fait ce choix, essayer de prouver, que telle méthode chirurgicale dut désormais céder le pas à telle autre, en disant que dans tous les cas elle conduirait infailliblement à la guérison.

Ce que nous avons tenté, c'était d'exposer aussi complètement que possible, quels étaient les traitements chirurgicaux dont la thérapeutique des ulcères variqueux s'était enrichie, et à quels moyens on pourrait avoir re-

cours, pour ces ulcères qui, trop souvent encore, restent rebelles à toute intervention.

Mais nous devons forcément par la suite, en faisant un parallèle des interventions, arriver à les comparer entre elles, et les comparant, indiquer celles qui, à notre avis, devaient avoir la préséance, et réussissaient de préférence dans tels cas, là où les autres auraient eu bien des chances de ne pas réussir. En tous cas, nous avons cru intéressant de faire connaître des faits et de rapprocher des méthodes assez disparates, afin de montrer quels résultats on était en droit d'attendre de chacune d'elles.

Certainement, il peut être difficile de choisir et d'opposer à tel ulcère, tel mode d'intervention. Pourtant ce choix ne nous semble pas indifférent et c'est pourquoi nous nous sommes attaché à rechercher des indications, et à les préciser afin de savoir quelle intervention, dans tel cas donné, conduira le plus rapidement à la guérison. En principe, en effet, on pourrait poser que la meilleure intervention chirurgicale est celle qui guérit le plus rapidement, le plus sûrement et le plus radicalement, encore pourrait-on mettre comme quatrième condition : simplicité de l'opération. Ce sont ces considérations qui nous ont guidé dans le choix donné à telle ou telle intervention.

Mais la difficulté était d'avoir des résultats, assez comparables entre eux observés dans des conditions identiques. Nous voulons dire, qu'il est assez difficile de savoir en combien de temps aurait guéri un ulcère, s'il avait été traité par un procédé autre, que celui qui fut employé. Cependant, en procédant par analogie, nous avons cru qu'il était possible de dégager quelques indications assez

précises, de faits qui au premier abord peuvent sembler assez différents.

Nous n'avons pas expérimenté par nous-mêmes tous les procédés, et nous n'en avons pas la prétention. Mais nous avons parcouru un grand nombre de publications parues sur les traitements chirurgicaux des ulcères variqueux. De ces publications nous nous sommes attaché surtout à extraire les cas les plus typiques, et sur chaque méthode, nous avons recueilli les avantages et les inconvénients, que dénonçaient les auteurs eux-mêmes, de ces publications ou de ces méthodes.

A tout cela nous avons joint l'expérience, un peu limitée peut-être, que nous avons acquise pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Louis, où nous avons vu cependant un assez grand nombre d'ulcères variqueux traités dans le service de M. Du Castel. Enfin, quelques cas nouveaux observés récemment à l'hôpital Tenon dans le service de notre maître M. Félizet, cas rapidement améliorés et guéris, nous engagèrent encore à prendre ce sujet de thèse.

Nous n'avons pas été, peut-être, absolument complet dans l'exposé de toutes les méthodes chirurgicales. Cependant nous croyons avoir envisagé les principales : et nous espérons avoir fait œuvre utile en rapprochant tous ces procédés, à un moment où une méthode nouvelle vient encore de s'imposer à l'attention de tous ceux qui ont ou auront à traiter des ulcères variqueux.

Les modes d'intervention sont nombreux en effet, et faut-il voir ici, comme bien souvent en médecine, une fausse abondance, cachant la pénurie ? Il est certain qu'il

faut encore plus de quelques jours pour amener la cicatrisation d'un ulcère; nous pensons cependant que le choix judicieux du procédé, sera un des facteurs importants de la rapidité de la guérison. Ce résultat rapide aura de plus une portée humanitaire dont on se rendra compte, si l'on songe que, comme le disait Boyer : « De tous les
« maux qui désolent l'humanité, l'ulcère de jambe est
« sans contredit l'un des plus fréquents, et aussi l'un des
« plus fâcheux parce qu'il atteint principalement la classe
« inférieure de la société ».

Telles sont les raisons pour lesquelles nous avons cru être autorisé à présenter ce travail, dont nous venons d'essayer de définir l'objet.

DIVISION DES MÉTHODES

Si nous avons su exactement de quelle façon agissaient toutes les interventions pour amener la cicatrisation d'un ulcère, nous aurions pu diviser, par exemple, les procédés opératoires, en procédés agissant sur la circulation veineuse ou sur l'innervation, en procédés ayant seulement pour but la libération de l'ulcère, ou la réparation directe de la surface par un tissu sain.

Malheureusement si, pour certaines interventions à la suite desquelles on a observé la guérison, on peut être certain de n'avoir agi que sur un élément, innervation ou circulation veineuse, il en est d'autres où il est bien difficile de dire la part qui revient à chacun de ces facteurs.

Dans l'incision circonférencielle, par exemple, la section des filets nerveux plus ou moins dégénérés au voisinage de l'ulcère peut être une cause de guérison, tout autant que la déplétion du système veineux local amenée aussi par ce procédé.

Du reste, il faut songer qu'on est loin d'être fixé sur la pathogénie de l'ulcère variqueux, et de même qu'on ne sait pas dans tous les cas la cause qui l'a produit, de même on ignore souvent celle qui le guérira.

Donc, il nous semble préférable de choisir une autre division qui, elle au moins, si elle est moins scientifique, ne préjuge en rien du mécanisme de la guérison.

Aussi nous ferons d'abord deux grandes divisions : I. *Interventions au niveau de l'ulcère*. II. *Interventions à distance*. Parmi les premières nous rangerons d'abord : 1° *l'incision circonférentielle*, parce que c'est une des interventions chirurgicales les plus anciennes, et aussi, parce qu'elle ne mérite pas selon nous, l'oubli dans lequel elle est tombée. Nous en rapprocherons : 2° *la méthode des scarifications*, parce qu'elle agit vraisemblablement d'une façon analogue à l'intervention précédente ; puis nous passerons à 3° *la méthode des greffes* dans laquelle nous ferons trois subdivisions : a) *greffes épidermiques* ; b) *greffes dermo-épidermiques* ; c) *greffes cutanées*. Nous terminerons enfin cette première classe d'interventions au niveau de l'ulcère par 4° *la méthode de l'autoplastie*.

Dans la catégorie des interventions à distance, nous aurons à décrire, en suivant leur ordre d'apparition chronologique : 1° *la ligature ou résection de la saphène* ; 2° *l'élongation des nerfs* ; 3° enfin *la dissociation fasciculaire du nerf sciatique*.

Nous avons omis à dessein, le curage ou curettage des ulcères qui n'est que bien rarement employé comme méthode spéciale de traitement, et le plus souvent précédé ou suivi d'une opération complémentaire, comme la greffe, la résection de la saphène ou bien l'élongation des nerfs.

Nous avons résumé les interventions chirurgicales dans le tableau suivant :

I. — INTERVENTIONS AU NIVEAU DE L'ULCÈRE.

1° Incision circonférentielle. (Procédé de Dolbeau).

2° Méthode des scarifications. (Procédé de Vidal).

3° Méthode des greffes :

a) Greffes épidermiques. (Pr. de Reverdin).

b) Greffes dermo-épidémiques. (Pr. de Ollier et de Thiersch).

c) Greffe cutanée.

4° Autoplastie. (Pr. de Poncet).

II. — INTERVENTIONS A DISTANCE.

1° Ligature ou résection de la saphène interne. (Procédé de Trendelenburg).

2° Elongation des nerfs. (Procédé de Chipault).

3° Dissociation fasciculaire du nerf ciatique. (Procédé de Delbet et Gérard-Marchand).

Dans ce tableau, à chaque méthode opératoire nous avons joint le nom d'un auteur, de celui qui pour la première fois a appliqué la méthode dans le traitement des ulcères variqueux.

Nous allons du reste essayer de nous justifier, en faisant l'histoire des différentes interventions.

HISTORIQUE DES DIVERSES INTERVENTIONS

1. — Incision circonférentielle (Procédé de DOLBEAU).

Nous donnons à cette intervention le nom de procédé de Dolbeau, quoique l'honneur de sa découverte ait été réclamé par le professeur Nusbaum de Munich.

Mais avant eux, du reste un chirurgien anglais, Gay, avait pratiqué une intervention ayant beaucoup d'analogie avec celle qui nous occupe, et qu'on peut regarder comme une incision circonférentielle incomplète. En effet, Gay, fit en janvier 1853, une incision en fer à cheval autour de la partie inférieure d'un ulcère de jambe, chez un homme dont les souffrances étaient si vives, qu'il demandait l'amputation. L'ulcère commença à se cicatriser et se cicatrisa promptement, à partir du moment où l'incision fut pratiquée. Gay quoique ayant remarqué que la cicatrisation était plus rapide du côté de l'incision, n'eut pas l'idée de circonscrire tout l'ulcère, et son intervention se borna à une incision en fer à cheval.

Ce procédé ne fit pas école, et ne semble pas avoir été répété par d'autre que son auteur.

C'est en 1862, que Dolbeau essaya pour la première fois de circonscrire un ulcère de jambe, par une incision profonde faite tout autour de lui, de façon à l'isoler com-

plètement des parties voisines. Il semble que dans l'esprit de Dolbeau, cette incision devait avoir pour but non seulement d'isoler la plaie, mais de la libérer des parties voisines, de façon que ses bords, pouvant alors se rapprocher, la cicatrisation en devînt plus facile. Aussi avait-il déjà limité les indications de son procédé, à ces ulcères à bords calleux, indurés, qui semblent comme soudés aux plans aponévrotiques sous-jacents. Plus tard Dolbeau ne crut pas seulement à l'action *libératrice* de ses incisions, mais aussi à la modification apportée par son procédé à la circulation veineuse du membre, et à l'innervation locale de l'ulcération. C'est cette action que Lafaye appelle *vitale*, dans sa thèse où sont rapportés les résultats de Dolbeau, et où est faite, pour la première fois, la description technique du procédé.

C'est vers cette époque aussi, que Nusbaum publia ses résultats, revendiquant pour lui-même l'honneur de la découverte de l'incision circonférencielle. Depuis 1859 disait-il, il avait traité de cette façon plus de 60 cas d'ulcères variqueux, et avait obtenu les meilleurs résultats. En tous cas ces résultats ne furent le sujet d'une publication qu'en 1873.

Depuis, Faure a conseillé de pratiquer « deux incisions courbes qui circonscrivent l'ulcère avec une partie des tissus avoisinants, intéressant les téguments dans toute leur épaisseur, se rejoignant par leurs extrémités et dont on dissèque les bords ».

Hogden modifia ensuite le procédé de Dolbeau, en ce qu'au lieu de faire une incision unique, il fit tout autour

de l'ulcère des incisions séparées, dont le schéma, peut être comparé au diagramme d'une fleur.

Depuis cette époque, malgré les résultats obtenus par Dolbeau, malgré les appellations diverses de *circoncision*, *d'incision libératrice* de *circonvallation*, l'intervention ne fut plus guère tentée. Par contre on lui fit de nombreuses objections. A ces objections, M. le professeur Berger répondit pourtant victorieusement et fit connaître les résultats que lui-même en avait obtenus. Il fut du reste l'un des rares chirurgiens qui, avec notre maître M. Félizet, et M. Gérard-Marchand, continuèrent à traiter l'ulcère variqueux rebelle, par l'incision circonférencielle ; empressons-nous de dire, du reste, qu'ils lui doivent encore de merveilleux résultats.

II. — Méthode des scarifications. (Procédé de VIDAL).

Cette intervention, non plus, n'est pas nouvelle ; mais nous lui donnons le nom de Vidal parce que c'est lui seulement qui fit systématiquement ces scarifications dans le traitement de l'ulcère variqueux, et n'attendit la guérison que de leur seule action.

Mais Galien déjà dans son *Traité de la méthode* (Liv. IV, chap. II) conseille de couper les bords de l'ulcère, toutes les fois qu'ils sont durs et décolorés :

En 1580 Ambroise Paré disait que si « les callosités estant si dures, les remèdes ne puissent faire leur opération, faudrait premièrement les scarifier, ou bien les couper de tout, afin de donner prise aux médicaments et ce jusques au vif ».

Ambroise Paré ne reconnaît pas une action spécifique aux scarifications. Il les préconise seulement en tant que pouvant favoriser l'action des médicaments.

Un chirurgien d'Edimbourg Benj-Bell reconnaît la nécessité d'avoir recours au bistouri pour faire disparaître les callosités des bords de vieux ulcères. Boyer au contraire s'étonne « qu'un traitement aussi simple puisse suffir pour les guérir ».

Plus près de nous, on trouve dans la thèse de Rigaud (1839) : « M. Lallemand emploie les incisions dans les ulcères calleux... Les scarifications sont employées comme moyen de débridement des bords ou encore comme modifiant leur vitalité propre ».

Mais cette dernière considération passa inaperçue, et les scarifications furent considérées longtemps comme ne pouvant que favoriser l'action médicamenteuse.

Il appartenait à Vidal de montrer qu'elles seules, sans le secours d'aucun médicament, pouvait modifier heureusement la surface d'un lupus et empêcher son extension progressive. Ce n'est qu'ensuite, que Vidal expérimenta son procédé dans le traitement des ulcères variqueux. Chaussat dans sa thèse fit connaître quelques résultats.

Depuis cette époque, les scarifications furent employées par la plupart de ceux qui s'occupent du traitement des ulcères variqueux. Nous avons vu pour notre part ce traitement appliqué à Saint-Louis dans le service de M. Du Castel.

III. — Méthode des greffes.

C'est une méthode relativement récente, mais qui n'en compte pas moins de nombreux partisans.

Les anciens semblent-ils, n'eurent pas l'idée de ces transplantations de l'homme à l'homme ou même de l'animal à l'homme, et c'est une acquisition nouvelle de la médecine dont la chirurgie aseptique, a, du reste permis l'extension.

L'honneur de cette découverte revient tout entière à Reverdin. C'est alors qu'il était interne des hôpitaux, que Reverdin eut l'idée de recouvrir une brûlure dont il attendait en vain la cicatrisation, d'une couche épidermique empruntée à une autre partie du corps. La guérison fut ainsi obtenue, et la méthode généralisée et appliquée au traitement de l'ulcère variqueux.

Reverdin n'avait pris de la peau que la couche épidermique ; c'est Ollier qui fit le premier la greffe dermo-épidermique, suivi en cela par Poncet de Lyon. La seule modification apportée par Thiersch à l'application du procédé dans le traitement des ulcères variqueux, ne porte pas sur la greffe, mais sur la préparation de la perte de substance que cette greffe doit recouvrir. Cependant, comme cette préparation est une des principales conditions du succès de la méthode, c'est à lui que revient l'honneur d'avoir vulgarisé cette méthode, en en permettant les succès. Elle mérite par conséquent de porter son nom.

Depuis elle s'est trop répandue, pour que nous essayions de faire connaître tous ceux qui l'ont employée.

C'est seulement pour être complet, que nous mentionnerons la greffe cornée et la greffe muqueuse.

IV. — **Autoplastie.** (Procédé de PONCET).

Refaire ici toute l'histoire de l'autoplastie, serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Il nous faudrait raconter toute l'histoire des méthodes indienne, française et italienne et remonter jusqu'à leurs auteurs, Celse ou Tagliacozzi.

Nous voudrions chercher seulement quel est celui qui le premier tenta l'application de la méthode à la cure de l'ulcère variqueux.

Longtemps en effet, l'autoplastie fut réservée à la réparation des pertes de substances ayant pour siège la face, et ses plus beaux succès sont dûs aux cas, où l'on fit la rhinoplastie.

En ce qui concerne l'ulcère variqueux, il semble que la réparation directe et rapide par autoplastie fut tentée pour la première fois par Poncet et M. Berger en 1888. Avant eux cependant, on trouve une observation due à Hofmokl de Vienne, dans le cas d'ulcère variqueux, observation du reste que nous rapportons.

D'ailleurs, malgré la technique indiquée et décrite par Poncet, le procédé, réservé encore aujourd'hui à un nombre assez limité de réparation, ne jouit pas d'un grand crédit en ce qui concerne l'ulcère de jambe, et n'est

applicable, en tous cas, qu'à une catégorie très restreinte d'ulcérations.

V. — **Ligature ou résection de la saphène interne.**
(Procédé de TRENDELENBURG).

Presque aussi vieille que le monde, cette intervention n'est devenu réellement acceptable que depuis les progrès de l'antiseptie.

Elle compte aujourd'hui de nombreux adeptes.

Dès la plus haute antiquité, en effet, on pratiqua l'opération sanglante pour la cure radicale des varices, témoin le cas de Marius rapporté par Plutarque qui « bailla l'une de ses jambes au chirurgien pour y besongner ». Plus tard elle fut pratiquée par J.L. Petit, Berger en France, et appliquée par Everard Home en 1799, pour la première fois à la cure des ulcères variqueux.

Tombée dans l'oubli à cause des accident infectieux auxquels, souvent, elle aboutissait, elle ne fut reprise et acceptée, que lorsque l'antisepsie eut permis d'en éloigner les plus terribles complications : phlébites, infections purulentes.

C'est Lucas-Championnière, qui en France le premier, lia la saphène en 1875. Nous n'avons pas la prétention d'énumérer tous les chirurgiens qui depuis cette époque soit en France, soit à l'étranger ont eu recours à cette méthode, mais nous devons indiquer à quelle époque cette opération fut spécialement dirigée contre les ulcères variqueux.

Pour la première fois, on trouve dans la thèse de Charade (1890), une observation due à M. Schwartz et datant de 1885, où est notée la guérison d'un ulcère variqueux à la suite de résection de la saphène interne. D'ailleurs en 1887, M. Schwartz avait relaté à la Société de chirurgie, ses succès dans trois cas, où il avait obtenu la cicatrisation d'ulcères.

Les résultats obtenus par Trendelenberg n'ont été publiés qu'en 1870, dans son mémoire intitulé : « *De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de jambes* ».

Enfin, M. Ricard en France a traité les varices et surtout l'ulcère variqueux par la ligature de la saphène, avec des résultats souvent contradictoires, ainsi qu'en témoigne la lecture de la thèse d'Archambault en 1894.

Il semble que ce soit, en France, le premier chirurgien qui ait fait de parti-pris la ligature de la saphène, dans l'intention unique de modifier un ulcère variqueux. Nous avons rapporté sa première observation.

Cerné de Rome aussi, dans des cas analogues, obtint des résultats. Par contre M. le Professeur Tillaux ne se montre pas, dans son traité de chirurgie clinique, partisan convaincu de cette intervention.

Nous conserverons le nom de procédé de Trendelenburg, parce que c'est sous ce nom qu'il est généralement désigné, quoique l'historique nous ait montré qu'il pourrait tout aussi bien porter les noms de M. Schwartz ou de M. Ricard.

VI. — Elongation des nerfs (Procédé de CHIPAULT).

Les effets physiologiques de l'élongation des nerfs, avaient été étudiés bien avant que M. Chipault eut tenté cette intervention dans le traitement de l'ulcère variqueux.

En 1858, en effet, Harless et Haber cherchèrent à déterminer les phénomènes produits dans le territoire d'un nerf à la suite de son élongation. Hausser en 1861, avait lui aussi appelé l'attention sur le parti qu'on pouvait attendre de cette intervention.

Mais ce procédé ne fut employé comme moyen de traitement qu'en 1873 par Nusbaum, de Munich. Non pas que Nusbaum eut traité ainsi un ulcère variqueux, mais dans un cas de paralysie avec contracture du membre supérieur, il fit l'élongation et observa la guérison.

C'est donc bien de ce premier cas que date une thérapeutique nouvelle étudiée en France par Verneuil, et qui consiste à agir directement sur les nerfs en cas de névralgies, de paralysies : elle est employée encore aujourd'hui contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie.

Comme la plupart des méthodes nouvelles qui permettent les plus heureux résultats dans des cas jusqu'ici rebelles, elle donna lieu à des excès, et ces excès furent la source d'accidents, qui peu à peu la firent oublier.

En 1894, M. Chipault, révisant les nombreuses observations parues sur l'élongation nerveuse, remarqua que dans un grand nombre était noté, en même temps que la disparition des phénomènes douloureux, l'amendement ou

même la guérison des troubles trophiques dont était porteur le membre sur lequel on avait opéré. Alors, il vérifia ces effets de l'élongation nerveuse, sur une affection commune et ordinairement rebelle : le mal perforant plantaire, dont l'origine trophonévrotique avait été établie par M. Le professeur Duplay en 1874. Il obtint des succès.

La méthode était créée. Son application à l'ulcère variqueux ne fut faite que 2 ans après par M. Chipault lui-même, qui ajoutait à l'élongation, l'ablation, le curettage de l'ulcération. Cinq cas publiés seulement en 1899, comptent 5 succès.

La même année, Bardesco de Bucarest guérissait un ulcère variqueux par la résection de la saphène, suivie de l'élongation digitale du nerf de même nom.

Tels sont les premiers chirurgiens qui s'occupèrent de l'élongation dans le traitement des ulcères variqueux. Ils furent suivis par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous pouvons citer M. Gerard-Marchant, M. Paul Delbet.

VII. — Dissociation fasciculaire du nerf sciatique.

De toutes les interventions, celle-ci est la dernière venue pour le traitement de l'ulcère variqueux. Car elle fut employée dans le mal perforant plantaire, presque en même temps que l'élongation ; et du reste cette élongation constitue déjà une certaine dissociation.

Mais la méthode elle-même de neurothripsie, ou herbage comme on l'a encore appelée, ne doit le jour qu'à un cas où l'opération commencée, avait un tout autre but. En effet, depuis la communication de M. Quénu, au con-

grès de chirurgie de 1892, des chirurgiens avaient coutume de traiter la sciatique rebelle des variqueux par la ligature des veines, et la résection des varices péri-nerveuses de l'échancrure sciatique. Or, Delagenière en 1895, appliquant le procédé, se trouva en présence d'un nerf autour duquel il n'existait pas de varices assez volumineuses pour amener sa compression, mais dans l'épaisseur duquel il pouvait voir de petites dilatations variqueuses. Il chercha alors en dissociant les faisceaux du nerf avec une pince hémostatique à détruire ces petites varices intra-fasciculaires, et la malade guérit.

Le cas de M. Gérard-Marchant en 1896 est identique, mais prouve encore mieux l'action thérapeutique de la dissociation.

Il n'y avait pas en effet de dilatations variqueuses, ainsi qu'on put s'en rendre compte en faisant la dissociation, et néanmoins l'opération fut suivie de guérison. Dès lors, la méthode née par hasard, fut appliquée en connaissance de cause et comme moyen de traitement, dans les cas où elle devait réussir de par son action que maintenant on connaissait. C'est ainsi qu'en 1897, elle donna entre les mains de M. Gérard-Marchant deux succès dans le cas de mal perforant plantaire, ou l'on fit le hersage du nerf tibial postérieur.

M. Paul Delbet étendit la méthode, et l'appliqua à la cure des ulcères variqueux, avec des résultats qui furent rapportés d'abord à la Société de biologie en 1899. M. Gérard-Marchant vient de lui devoir dernièrement de nouveaux succès, qui sont rapportés dans la thèse de Silvy parue tout récemment, (décembre 1900).

DESCRIPTION DU MANUEL OPÉATOIRE DE CHAQUE INTERVENTION

Toutes ces interventions dont nous venons d'esquisser l'historique, pourraient se recommander au point de vue opératoire d'une même qualité : leur simplicité.

Avant d'aborder l'étude du *modus fasciendi*, nous appellerons l'attention sur les précautions aseptiques et antiseptiques dont toutes ces interventions doivent naturellement être précédées. Nous n'avons pas d'ailleurs beaucoup à insister, sur ces précautions qui sont aujourd'hui les préliminaires obligés de toute intervention chirurgicale.

Lorsqu'on devra agir au niveau de l'ulcère, celui-ci sera recouvert pendant quelques jours d'un pansement antiseptique, mais non irritant, et son pourtour, et lui-même soigneusement désinfectés au moment de l'opération.

Lorsqu'on agira à distance, il sera bon de laisser un pansement sur l'ulcère, de façon à l'isoler complètement de la plaie opératoire que l'on sera obligé de créer. On comprend que sans cette précaution, celle-ci pourrait être facilement contaminée.

I. — Incision circonférentielle.

(Procédé de DOLBEAU).

L'anesthésie générale n'est pas nécessaire, l'opération étant rapide, portant sur des tissus à vitalité relative, et partant peu douloureuse. Néanmoins, lorsque l'opération sera faite chez un sujet jeune, où lorsqu'on n'aura trouvé aucune contre-indication à l'anesthésie générale, on pourra la pratiquer surtout si l'ulcère est très étendu. Dans les autres cas, l'anesthésie locale à la cocaïne sera amplement suffisante.

Il se produit en général un écoulement sanguin assez abondant. Pour le diminuer autant que possible, on peut faire précéder l'opération de l'application de la bande d'Esmarch, mais c'est une précaution qui est loin d'être nécessaire : un lien circulaire appliqué au-dessus du genou et assez fortement serré suffira dans tous les cas.

Le seul instrument nécessaire est le bistouri, et l'opération en elle-même comprend deux temps.

1^{er} temps. — La pointe du bistouri étant placée à une distance d'environ 2 c. $1/2$ des bords de l'ulcère et en un point quelconque de sa périphérie, pénètre d'environ $1/2$ centimètre dans les téguments. On coupe ainsi d'emblée la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au plan aponévrotique sous-jacent.

De ce point initial de l'incision et la pointe restant toujours à la même profondeur, le bistouri chemine parallèlement aux bords de l'ulcère, le circonscrivant ainsi com-

plètement à 2 c. $1/2$ de ses limites. On termine l'incision, en effet, à l'endroit où on l'avait commencée.

Dans les endroits où les bords de l'ulcère forment un angle rentrant, et où ils sont par conséquent trop rapprochés pour permettre de passer deux fois le bistouri, on ne fait qu'une incision au milieu des deux bords, et on termine à 2 centimètres du fond de l'angle par une incision en V ou en T.

Il s'écoule un sang noirâtre mais dont l'abondance ne doit pas effrayer, parce que le pansement arrêtera tout écoulement aussitôt son application.

Une condition *sine qua non* de réussite sur laquelle insistait Dolbeau, et sur laquelle notre maître M. Félizet appelait bien souvent notre attention, c'est la profondeur de l'incision. Il faut que celle-ci aille jusqu'à l'aponévrose musculaire; il faut, par conséquent, sectionner la peau et le tissu cellulaire tout entier. L'incision aura ainsi une profondeur de $1/2$ à 1 centimètre, selon l'abondance du tissu cellulaire; mais à la jambe où celui-ci est, en général, peu abondant cette profondeur ne dépassera pas $1/2$ cent.

2^e temps. — Il comprend la libération des bords de l'incision, c'est-à-dire l'écartement des deux lèvres de la plaie et cela jusqu'à ce qu'on ait obtenu une distance de 1 c. à 1 c. $1/2$ de l'une à l'autre de ces lèvres.

On peut libérer avec le bistouri ou même avec l'ongle si l'on n'a aucun autre instrument à sa disposition. L'instrument le plus simple pour réaliser facilement cette libération, est un détache-tendons avec lequel on repousse dans deux directions opposées les lèvres de l'incision en les détachant lentement du plan fibreux sous-jacent.

Lorsqu'on fait ou que l'on voit faire l'incision circonférentielle pour la première fois, et que l'opération est rendue à ce point, on peut réellement douter de son efficacité. Il existe tout autour d'un ulcère la plupart du temps très étendu, une plaie profonde de laquelle s'écoule un sang noirâtre, ce qui ne contribue pas peu à donner un aspect barbare à l'opération. Mais que l'on fasse le pansement, et l'on sera tout étonné au bout de huit ou dix jours, des progrès qu'aura faits la cicatrisation.

Le pansement est des plus simples. Il faut cependant avoir soin de placer entre les lèvres de l'incision une mèche de gaze iodoformée pour empêcher leur réunion. Là est la seule particularité du pansement ; on le termine comme tous les autres en comprenant dans le même, et l'incision et l'ulcère. Il est bon de faire une compression légère, afin d'arrêter le suintement sanguin qui peut avoir persisté ; cela suffit le plus souvent à l'arrêter.

Le pansement doit être laissé huit jours au moins, à moins de contre-indication telle que l'élévation thermique. Les suivants se font comme le premier, mais après le troisième il est inutile de mettre une mèche de gaze, pour maintenir béante les lèvres de l'incision. On panse à plat.

II. — Scarifications (Procédé de VIDAL)

Nous ne saurions mieux faire, à propos de cette intervention que de reproduire ici la description du manuel opératoire donné par Vidal lui-même, en faisant remarquer que cette description qui s'appliquait au lupus, peut

s'appliquer à peu près sans modification à l'ulcère variqueux.

« Le scarificateur est un instrument à lame mince étroite, de 2 1/2 de longueur sur 2 de largeur terminé, par une pointe triangulaire à deux tranchants se réunissant sous un angle 55°, et monté sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataracte. On le tient comme une plume à écrire délicatement sans raideur, sans serrer, entre les doigts : en opérant on sent les variations de consistances des tissus. Il faut inciser perpendiculairement à la surface de la peau et non obliquement, car on couperait les travées conjonctives qu'on ne doit que dissocier, pour servir à la cicatrisation.

« Je fais les incisions parallèles, aussi rapprochées que possible les unes des autres, je les croise immédiatement par d'autres incisions obliques formant des hachures, et je fais même souvent, lorsque je trouve cette scarification insuffisante, d'autres incisions quadrillant les premières, obliquement ou perpendiculairement, de telle sorte que j'arrive à avoir des bords hachés, dilacérés en tous sens ».

Faisons remarquer que ces incisions n'empiètent que très peu sur les parties ulcérées, tandis qu'elles doivent au contraire s'étendre sur une distance de 2 à 3 c. sur les tissus périphériques relativement sains. En profondeur elles ne dépasseront jamais le derme.

L'anesthésie générale n'est naturellement pas nécessaire. Tout au plus peut-on faire l'anesthésie locale, au moyen de pulvérisation de chlorure d'éthyle.

Quant à la petite hémorragie qui suit cette intervention, elle s'arrêterait d'elle même et à plus forte raison, lors-

qu'un pansement qui n'exige aucune règle particulière aura été appliqué.

III. — Greffes.

La greffe qui consiste à semer sur la surface granuleuse d'un ulcère, des squames vieillis ou des raclures épidermiques, est absolument inefficace. De même, nous ne citerons que pour mémoire la greffe muqueuse dans laquelle on prend sur la langue du lapin, par exemple, des lambeaux muqueux, pour les transplanter à la façon d'une greffe épidermique ordinaire.

Parmi les greffes que l'on emploie encore aujourd'hui, trois seules restent en présence : la greffe épidermique la greffe dermo-épidermique, et la greffe cutanée.

a). — *Grefte épidermique.* (Procédé de REVERDIN).

Cette greffe emprunte à la peau la couche cornée et la couche de Malpighi. Voici comment Reverdin lui-même décrit son procédé : « Je tends bien la peau sur la surface plane du tibia, et j'introduis la pointe d'une lancette à saigner un peu large, parallèlement à l'os à une très petite profondeur, $1/2$ centimètre environ; je pousse ma lancette toujours parallèlement et sa pointe ressort à 3 ou 4 cent. plus loin... J'applique ma lancette chargée de sa greffe, sur le bourgeon charnu que j'ai choisi, et je fais glisser sur eux le lambeau avec la pointe d'une épingle ».

Aujourd'hui on prend ordinairement la greffe à la face interne de la cuisse et au moyen d'un rasoir, sur la lame

duquel on recueille l'épiderme. On étale le mieux possible le lambeau à la surface de l'ulcère, ce qui n'est pas toujours très facile. Pansement rare à la vaseline pour empêcher l'adhérence.

La marche de la greffe est trop connue pour que nous y insistions. Nous ferons remarquer cependant, que le lambeau agit surtout par sa périphérie, de là la nécessité de multiplier les foyers d'épidermisation. Faire les greffes petites et nombreuses, tel serait le secret de la méthode.

b). — *Greffe dermo-épidermique.* (Procédé de THIERSCH).

C'est Ollier qui fit le premier une greffe dermo-épidermique, mais c'est Thiersch qui en permit l'application au traitement de l'ulcère variqueux. C'est donc ce procédé que nous décrirons. En réalité, il comporte deux temps : la préparation de l'ulcère et l'application de la greffe.

1° *Préparation de l'ulcère.* — Elle comprend sa désinfection aussi complète que possible. On appliquera donc pendant quelques jours des pansements appropriés. On enlèvera à la curette ou au bistouri les bourgeons charnus si ceux-ci sont trop exubérants. Si au contraire l'ulcère n'a qu'une faible tendance à la réparation, on essaiera d'exciter sa vitalité par des cautérisations superficielles au nitrate d'argent.

2° *Application de la greffe.* — On se la procure de la même façon que celle de Reverdin, mais avec cette différence capitale qu'ici le rasoir passe par le *milieu du derme*. Le lambeau comprend ainsi l'épiderme et la moitié du derme.

Ceci est un point sur lequel nous devons insister. Tout le monde ne s'entend pas en effet sur l'épaisseur à donner au lambeau et l'on range trop souvent sous le nom de Thiersch toute greffe qui comprend plus que l'épiderme. Mais si la greffe de Thiersch est plus que l'épiderme elle est moins que la peau tout entière : celle-ci est la greffe cutanée.

Il faut se garder ici d'antiseptique trop actif. Les lambeaux seront simplement placés dans l'eau salée en attendant leur application.

Toujours pansement aseptique vaseliné et pansement rare. Il doit rester dix jours, et pouvoir y rester avec un minimum de suppuration, si la surface de l'ulcère a été bien préparée.

c). — *Greffe cutanée.*

C'est une méthode de transition entre les greffes superficielles et les procédés d'autoplastie. La plus répandue aujourd'hui, est celle à petits lambeaux dite *greffe en mosaïque*.

L'ulcère est préparé comme précédemment. Puis avec la pointe d'un bistouri coupant bien, on dessine sur la peau tendue de la face antérieure de la cuisse par exemple, de petits carrés de 1 cm. environ de surface. On les dissèque jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, et on les applique à la surface de l'ulcère à recouvrir, en empêchant le plus possible leur recroquevillement.

Pansement rare à la vaseline.

IV. — Autoplastie. (Procédé de PONCET).

Ce procédé consiste essentiellement dans la transplantation sur une plaie ou un ulcère qu'il s'agit de combler, d'un lambeau emprunté à une région du corps, et laissé adhérent à cette région par son pédicule. Cette dernière condition est rarement réalisée lorsqu'on traite un ulcère variqueux. Nous ne nous étendrons que très peu sur ce procédé, trop connu en ce qui concerne la réparation d'une perte de substance de la face, et trop délaissé aujourd'hui lorsqu'il s'agit d'ulcère variqueux.

Disons cependant, que le lambeau est fixé par suture, immédiatement après sa dissection, ou que, si on a laissé un pédicule, celui-ci n'est sectionné que lorsque l'adhérence est complète avec la plaie qu'il s'est agi de combler. De plus cette opération exige un temps préliminaire, nous voulons dire le curettage complet des masses fongueuses de l'ulcère et sa soigneuse désinfection.

En résumé voici les différents temps que comporte cette opération :

1° *Avivement de l'ulcère.*

2° *Dissection du lambeau.* Ce lambeau devra avoir au moins une surface un tiers plus grande que celle à recouvrir ; son pédicule devra être dirigé de préférence vers la racine du membre. Il peut être emprunté aussi à un autre sujet.

3° *La réunion.* Elle se fait par suture aux bords de la perte de substance.

4° *Pansement à la gaze iodotormée.* On recouvre le

tout de deux valves plâtrées maintenues par des bandes assez serrées.

Les pansements doivent être très rares. La section du pédicule peut se faire quinze jours après l'opération, mais on ne doit enlever les points de suture, que lorsqu'on est bien sûr de l'adhérence intime du lambeau et de sa parfaite vitalité.

V. — Résection de la saphène.

(Procédé de TRENDELENBOURG).

Lorsqu'on veut agir sur la circulation veineuse du membre porteur de l'ulcère, on peut, ou bien lier la saphène sans la réséquer, ou au contraire la réséquer après la ligature. Après ligature simple, le segment veineux finit par s'oblitérer peu à peu, et se transforme, à l'exemple de la veine ombilicale, en un cordon fibreux.

Il y a deux procédés pour faire la ligature de la saphène sans sa résection.

Le premier est le procédé de Montas de Grenoble, ou ligature percutanée. Il est généralement abandonné aujourd'hui. Voici comment on procédait : au moyen d'une aiguille courbe on faisait passer d'un côté de la veine et à travers la peau, un fil qui cheminait ensuite au-dessous du vaisseau et ressortait à travers la peau au ras de la veine du côté opposé.

On prenait alors les deux chefs et on liait, comprenant ainsi dans la ligature, le vaisseau, un peu de tissu cellulaire et un peu de peau. Celle-ci se sphacélait fréquemment, d'où l'abandon de ce procédé.

La seconde méthode de ligature simple, qui fut employée par M. Lucas-Championnière, se fait à ciel ouvert. Elle n'est en somme qu'un Trendelenburg incomplet, et n'en diffère que par le dernier temps que l'on ne fait pas. Aussi n'exige-t-elle pas de description spéciale.

L'opération de Trendelenburg comprend cinq temps : la découverte de la saphène, sa dénudation, sa ligature, sa résection et la suture de la peau. Un temps préalable est l'application d'un lien circulaire à la racine du membre sur lequel on va opérer.

1^{er} temps. — Pour découvrir la veine, on fait sur le vaisseau, ou mieux un peu en dehors de lui pour éviter de le blesser, une incision cutanée d'une longueur variable, mais toujours plus étendue que la longueur de veine à lier et à réséquer.

2^e temps. — Avec une sonde cannelée, on dilacère de chaque côté d'abord les tractus fibreux auxquels adhère le vaisseau, et on libère ensuite sa face inférieure par le même moyen. La sonde cannelée doit être maniée avec assez de prudence, de façon à ne pas rompre les collatérales dilatées et elles-mêmes variqueuses, qui pourraient alors donner beaucoup de sang. Néanmoins si cet accident arrivait, quelques pinces à forcipressure suffiraient à le réparer.

3^e temps. — Lorsque le vaisseau est ainsi dénudé, sa ligature est des plus simples : il suffit de passer de distance en distance quelques catguts et de lier assez fortement au-dessus du vaisseau. Si l'on aperçoit quelques collatérales volumineuses, il est bon de les lier de la même façon.

La première ligature faite doit être la plus élevée, et l'opération se fera sans aucun écoulement de sang, si

l'on a soin de vider le vaisseau à mesure que l'on place les ligatures inférieures. Lucas-Championnière n'allait pas plus loin, et attendait la transformation fibreuse du vaisseau ainsi oblitéré.

4° *Temps.* — Tredelenbourg au contraire, enlève de deux coups de ciseaux les parties comprises entre deux ligatures. Aussi est-il plus important ici, d'avoir bien dénudé le vaisseau.

5° *Temps.* — Ce temps n'offre aucune particularité : on suture au crin de Florence l'incision cutanée ; il n'est pas besoin de drain si l'opération a été aseptique ; et l'on met un pansement.

On peut répéter l'opération à différentes hauteurs, autant de fois qu'il y a de paquets variqueux isolés, et qu'on en veut enlever.

Quoique l'intervention ne soit pas très douloureuse, il vaut mieux pratiquer l'anesthésie générale, en raison de l'étendue des parties, sur lesquelles on peut être obligé d'opérer.

VI. — Elongations des nerfs. (Procédé de CHIPAULT).

Dans ce procédé, il y a deux interventions bien distinctes : l'une sur le nerf, l'autre sur l'ulcère. Avant d'en aborder la description nous établirons les propositions générales suivantes :

1° L'élongation doit porter sur un nerf sensitif, ou sur un nerf mixte, et bien entendu sur le nerf dont dépend le territoire à traiter.

2° Il existe à la jambe quatre territoires sensitifs :

a) Saphère interne, branche terminale du crural pour la partie interne. — b) cutané péronier, branche du sciatique poplité externe, pour la partie externe. — c) branche terminale du petit sciatique, qui sépare les deux territoires précédents dans toute leur hauteur, à la partie postérieure de la jambe. — d) musculo-cutané du sciatique poplité externe, qui s'avance entre les deux comme un coin, à la partie inférieure et antérieur de la jambe.

3° Au cas où le territoire de l'ulcère serait sous la dépendance de deux innervations, on ferait deux élongations.

4° Faire l'élongation ni trop près ni trop loin de l'ulcère.

5° On pourrait faire cependant l'élongation directe du nerf sciatique, lorsque l'ulcère siège à la partie externe ou à la partie inférieure.

L'intervention proprement dite comprend trois temps principaux : la découverte du nerf, son élongation, le traitement de l'ulcère.

A). — *Découverte du nerf.* — Il est évident que le manuel opératoire est différent selon le nerf dont on veut faire l'élongation. Nous ne décrirons ici, que la façon de découvrir le saphère interne ; on aura en effet que plus rarement l'occasion de traiter le petit sciatique qui innerve la face postérieure de la jambe ; quant à la découverte du sciatique, nous la décrirons à propos de la dissociation fasciculaire.

Pour découvrir le saphène interne, on prendra comme point de repère le bord externe du muscle conturier, on fera une incision cutanée un peu en dehors de ce muscle, puis on l'écartera avec un crochet mousse. On aperce-

vra alors, une lame aponévrotique déprimée en un point, qui correspond au sillon qui sépare le vaste interne du long adducteur. En cherchant en ce point, on trouvera le nerf qui contourne le tendon du troisième adducteur.

B.) — *Elongation proprement dite.* — Le nerf découvert et isolé, on le charge sur une soude cannelée où l'on peut déjà l'écraser du bout du doigt. Puis le nerf est distendu lentement, dit M. Chipault, et avec précaution, à l'aide de tractions exercées sur sa partie périphérique. Il faut agir avec beaucoup de lenteur et de prudence, à cause de la fragilité du nerf lésé (Chipault).

Les tractions opérées, on replace le nerf dans sa loge, et on referme la plaie avec toutes les précautions antiseptiques d'usages.

C). — *Traitement de l'ulcère.* — M. Chipault fait suivre cette elongation de l'excision de l'ulcère. On enlève au bistouri et à la curette, toute la surface bourgeonnante en allant jusqu'à l'aponévrose, puis on suture en les rapprochant le plus possible les lèvres de la plaie ainsi faite. On peut faire aussi à ce moment une greffe dermo-épidermique; mais la réussite de ces deux dernières interventions complémentaires n'est possible, que parce qu'on a modifié les conditions de nutrition de l'ulcère par l'elongation.

III. — Dissociation fasciculaire du nerf sciatique.

(Procédé de MM. P. DELBET et GÉRARD MARCHANT).

Cette opération, connue encore sous le nom de *hersage*, est la dernière venue pour le traitement de l'ulcère vari-

queux. Nous la suivrons pour la décrire, en ses deux temps principaux : la découverte du sciatique et sa dissociation.

A). — *Découverte du sciatique.* — Le malade est couché sur le ventre. On prend comme point de repère l'ischion, et à deux travers de doigt en dehors de lui, parallèlement à l'axe du membre on fait une incision de 6 c. (P. Delbet).

L'extrémité supérieure de l'incision remonte environ de 2 c. sur la face postérieure du grand fessier. Après avoir coupé la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose, on récline en haut le grand fessier, on sent le bord interne du tendon du biceps, et l'on trouve immédiatement au-dessous de ce muscle, le tronc du sciatique. On charge le nerf et on l'attire au dehors,

B). — *Dissociation.* — Pour faire la dissociation, la sonde cannelée est souvent suffisante. Cependant, il arrive quelquefois, que la gaine du nerf offre une telle résistance, que l'on est obligé de faire de véritables scarifications longitudinales avec la pointe du bistouri. Enfin, M. Gérard-Marchant a fait construire récemment, un instrument pour faire le hersage du sciatique.

Si l'on opère avec la sonde cannelée, on la fait mouvoir suivant la longueur du nerf. Elle pénètre ainsi entre ses différents faisceaux, rompant seulement les tractus fibreux, mais la continuité du nerf n'en est nullement interrompue. Ses faisceaux seuls sont ainsi dissociés.

Quelques cas traités par chacune de ces méthodes

OBSERVATIONS

Il nous a semblé intéressant de rapprocher, quelques cas traités par chacune de ces méthodes, afin d'en mieux apprécier les résultats, ce qui nous aidera à la recherche de leurs indications.

Ce qui nous a guidé dans le choix de ces observations (car nous n'avons pu en apporter de personnelles pour chaque intervention), c'est d'abord l'autorité des auteurs à qui elles étaient dues. C'est ainsi, que nous nous sommes efforcé de prendre les observations, sur lesquelles ces auteurs eux-mêmes, s'étaient appuyés pour justifier leur méthode.

Ensuite, celles qui nous ont semblé les plus typiques ont retenu notre attention.

I. — Incision circonférentielle.

OBSERVATION I (personnelle).

Ulcère datant de 10 ans. Très étendu 14 cm. 1/2 sur 22. Surface atone, bords sclérosés. Guérison en 2 mois.

S..., 60 ans, cocher de fiacre entre à l'hôpital Tenon le 29 novembre 1900 pour un ulcère de la jambe gauche.

Aucun antécédent personnel, pas de stigmates de syphilis. Par contre alcoolisme manifeste : tremblement, état cérébral particulier ; variqueux depuis de longues années.

Le début de cet ulcère remonte à 10 ans. Vers cette époque, le malade avait souvent les jambes enflées, sans en être incommodé et sans être obligé de prendre d'autres soins qu'un peu de repos, lorsqu'apparut à la jambe gauche une petite plaie qui s'aggrava rapidement et pour laquelle il entra à l'hôpital Saint-Louis. Il n'y resta du reste que dix jours et sortit avant la cicatrisation complète de son ulcère.

Depuis cette époque il eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation, pour lesquelles il fit des stages plus ou moins longs dans divers hôpitaux. Mais depuis 1890, il a toujours eu à la jambe une plaie, jamais l'ulcère depuis dix ans ne s'est complètement cicatrisé.

A son entrée à l'hôpital, les deux jambes sont le siège d'un œdème plus marqué à la jambe gauche. De ce côté se trouve l'ulcère.

Il siège aux 2/3 inférieurs de la jambe. Il entoure les faces antérieure, externe, postérieure et une grande partie de la face interne, où il est interrompu, seulement par une mince languette de peau violacée, qui n'a pas plus de 1 cent. de largeur. C'est la face externe de la jambe qui est la plus envahie. Là, l'ulcération mesure une hauteur de 14 cent. 1/2. Sur cette face siègent aussi, deux petits îlots de tissu plus ou moins sain, dont le plus grand n'a pas plus de 2 centimètres de superficie.

Les bords de l'ulcère sont très irréguliers, ce qui leur donne une forme assez difficile à décrire. Quoiqu'il en soit, ces bords sont constitués par un bourrelet bleuâtre, limité du côté de

l'ulcère par un liseré blanc, et se confondant du côté des parties saines, avec la teinte gris ardoisé que présente la peau à ce niveau-là.

Dans les parties supérieures, les bords de l'ulcération sont assez souples, mais il n'en est pas de même vers les parties inférieures où ils sont plus saillants, durs et comme sclérosés. En aucun point du reste ils ne sont bourgeonnants.

Le fond de l'ulcération est rougeâtre, formé de bourgeons charnus peu vivants et qui semblent n'avoir aucune tendance à la réparation. A la partie inférieure, ces bourgeons n'existent que par endroits, entre eux le fond de l'ulcère apparaît blanc.

Sur les deux membres inférieurs, on aperçoit quelques veinosités se dessiner sous la peau, mais en de rares points seulement l'ectasie veineuse est assez prononcée, pour donner aux vaisseaux des flexuosités appréciables au toucher.

Pendant 15 jours, du 29 novembre au 14 décembre, le malade est mis au repos et pansé. Sous l'influence du repos, l'œdème a disparu, mais les pansements n'ont eu absolument aucune action sur l'ulcère ; il est resté stationnaire.

L'incision circonférentielle est faite le 15 décembre par M. Felizet.

Les suites opératoires sont apyrétiques, le malade ne souffre pas.

Le 22 décembre on enlève le premier pansement. Voici ce que l'on constate. D'abord les lèvres de l'incision circonférentielle sont plus éloignées l'une de l'autre ; la distance qui les sépare atteint même dans certains points 1 cent. 1/2. Ce qui contribue à donner à la plaie un aspect, qui à première vue pourrait faire douter de l'efficacité de l'opération. En y

regardant de plus près au contraire, on s'aperçoit vite des modifications heureuses, qu'a subi l'ulcération. Le liseré épidermique a proliféré. Il atteint en moyenne $1/2$ cent. et est beaucoup plus considérable en certains points. Cette prolifération est rendue évidente par la mensuration. Dans son plus grand diamètre, l'ulcère n'a plus que 13 cent. $1/2$ soit $1/2$ cent. de diminution.

Mais où cette amélioration est indiscutable, c'est à la face interne : celle-ci est en effet recouverte complètement d'épiderme de nouvelle formation : là l'ulcère n'existe plus. Il s'est formé de plus, à l'union des faces externe et postérieure un pont épidermique, qui sépare maintenant l'ulcère en deux parties, l'une siégeant sur la face postérieure de la jambe et l'autre sur la face antéro-externe. Sur cette dernière, où existaient deux îlots, ces derniers ont augmenté de moitié.

Pendant que nous faisons le pansement, le malade alcoolique, avons-nous dit, et jouissant d'une mentalité tout à fait relative s'est levé, à un moment où il n'était pas surveillé : Résultat, écoulement sanguin assez abondant, production de deux dilatations variqueuses à la surface de l'ulcère. Un pansement est fait après avoir évacué les dilatations.

Nouveau pansement le 31 décembre. La plaie a toujours bon aspect, et la cicatrisation continue.

Mensuration le 8 janvier, c'est-à-dire trois semaines après l'opération. D'abord l'ulcère est divisé maintenant en trois parties, l'une siége à la face postérieure, les deux autres sur la face antéro-externe ; nous remarquons par conséquent que la face interne est toujours cicatrisée. L'ulcération la plus étendue, n'a que 9 centimètres de hauteur sur une largeur moyenne de 3 centimètres. Pendant ce temps, l'incision cir-

conférencielle a commencé sa réparation. Celle-ci est complète à la partie inférieure.

Le 26 janvier. — Il n'y a plus qu'une ulcération sur la face antéro-externe de la jambe, mesurant une hauteur de 4 cent. sur 2 cent. environ.

Le 5 février. — Elle est encore rétrécie, et la cicatrisation marche rapidement. Enfin le malade quitte l'hôpital le 15 février, l'ulcère complètement cicatrisé.

Si nous avons rapporté ce cas tout au long, c'est d'abord que nous en avons été témoin, et qu'ensuite on a obtenu en deux mois une cicatrisation rapide dans un cas d'ulcère rebelle, ancien et très étendu.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Jouon interne du service
de M. Gérard-Marchant).

Ulcères variqueux des deux jambes datant de 10 ans, très étendus, rebelles. Cicatrisation de l'un en 3 mois. Sur l'autre on a fait des greffes de Thiersch sans succès, et à leur suite l'incision circonférencielle qui a amené la guérison définitive.

Louis M..., 41 ans, comptable entre à l'hôpital Boucicaut le 8 juin 1900.

Variqueux depuis très longtemps puisqu'il a été refusé au conseil de revision. Les ulcères ne sont apparus qu'il y a 10 ans, sans cause appréciable. Ils se sont développés progressivement.

A la jambe gauche sur la face interne et au niveau du 1/3 inférieur, il existe un ulcère de la dimension de la paume de la main, infundibuliforme, dont le fond est saignant grisâtre,

anfractueux, avec des bourgeons violacés. Toute cette surface secrète une substance ichoreuse et nauséabonde. Cette vaste ulcération est entourée par un bourrelet saillant, grisâtre, dont les bords sont très indurés. Dans son ensemble tout le membre inférieur est infiltré, et a un aspect éléphantiasique.

Sur la jambe droite, existe un autre ulcère, qui présente les mêmes caractères que le précédent, mais qui est beaucoup plus étendu. Il fait presque le tour de la jambe au niveau du tiers inférieur.

L'état général du malade est satisfaisant. Il est d'une santé robuste.

Pas de sucre ni d'albumine.

Opération le 22 juin par M. Gérard-Marchant.

Anesthésie à l'éther.

On pratique la circonvallation des deux ulcères variqueux à 2 cm. des bords. Le bistouri va très profondément, et il se produit une hémorrhagie très abondante, qui est arrêtée par un tamponnement à la gaze iodoformée et la bande d'Es-march. On fait un pansement sec.

Dès le premier pansement, c'est-à-dire au bout de quinze jours, on constate une amélioration évidente : les ulcères tendent à se cicatriser.

En août, sous les pansements rares, on constate que la cicatrisation marche rapidement : l'ulcère de la jambe gauche est presque cicatrisé. Il est guéri le 25 septembre 1900.

A droite il ne reste plus que deux ulcérations séparées par un pont de tissu cicatriciel.

Le 2 octobre. — Les deux ulcères sont atonés sans tendance à la réparation.

Le 10 octobre. — Curettage et greffes de Thiersch.

Le 3 novembre. — Les greffes n'ont réussi qu'en partie, de sorte qu'on fait à la cocaïne, une incision circonférentielle autour des deux ulcères

Dans les premiers jours de janvier, on constate qu'il ne reste plus qu'une petite plaie. Cette plaie ne suinte pour ainsi dire pas, et le malade nous quitte complètement guéri.

La santé générale du malade ne s'est pas ressentie du reste, de son séjour prolongé à l'hôpital.

OBSERVATION III (résumée).

(D^r L. Labbé, *in* thèse de Tripier).

Ulcère variqueux datant de 13 ans. Dimensions 15 c. sur 8 1/2.
Guérison en moins d'un mois.

Marie P. blanchisseuse, entre à l'hôpital Beaujon pour un vaste ulcère de la jambe gauche datant de 13 ans. Au cours de sa dernière grossesse, elle eut des varices et à leur suite l'ulcère est survenu. « La malade désespère de guérir ». Dimension de l'ulcère 15 cm. sur 8 1/2, région interne et postérieure de la jambe. Incision circonférentielle après 2 jours de repos, le 14 mai. — Pansements rares. La malade quitte l'hôpital le 7 juin complètement guérie.

OBSERVATION IV (personnelle).

Ulcères variqueux multiples de la jambe gauche datant de 8 ans.
Guérison en un mois. Pas de récurrence au bout d'un an.

Mis... Victor, nettoyeur de carreaux, 56 ans, entre à l'hôpital Tenon le 1^{er} février 1900, pour des ulcères multiples de la jambe gauche.

Antécédents héréditaires et personnels nuls. Pas de syphilis. Variqueux depuis plus de 20 ans.

Le début de ses ulcères remonte à 8 ans. A cette époque, il reçut un traumatisme à la suite duquel se forma une plaie et un ulcère, à l'endroit où siège actuellement une des trois ulcérations dont il est porteur aujourd'hui.

L'ulcère pansé chez lui, ne s'est jamais refermé.

Il y a six mois environ, sont apparues sans cause appréciable trois nouvelles ulcérations, pour lesquelles il fut soigné à l'hôpital St-Louis sans succès. Il entre donc à l'hôpital Tenon le 1^{er} février 1900.

Il est porteur de quatre ulcérations, au niveau du tiers moyen de la jambe gauche. Trois sont sur la face interne, et une à la face antéro-externe.

La plus grande de ces ulcérations se trouve sur la face interne, elle mesure dans ses plus grands diamètres, respectivement 8 cm. sur 6 cm. Elle affecte une forme à peu près ovale, les bords en sont durs et sclérosés. Le fond de toutes ces ulcérations est complètement dépourvu de bourgons charnus. Il n'y a aucune prolifération; par contre, la surface secrète un liquide sanieux et fétide.

Des dilatactions variqueuses légères, se voient sur les deux jambes, mais il n'y a aucune flexuosité saillante.

Léger œdème des deux côtés.

Le malade est mis au repos et pansé.

Au bout de quinze jours, il n'y a aucun changement appréciable dans l'aspect des ulcérations. Il y a toujours une sécrétion fétide. On se décide à l'opération.

Le 15 février. — M. Félizet fait des incisions circonféren-

tielles autour de chacun de ces ulcères ; et les pansements sont faits comme ordinairement.

On ne laisse le premier pansement que 5 jours, à cause de la sécrétion abondante des ulcérations. Mais on est tout étonné lorsqu'on enlève le second, le 24 février, de constater que cette sécrétion a beaucoup diminué, que les pertes de substance se sont retrécies, et que les ulcères sont en voie de cicatrisation.

Celle-ci du reste, marche rapidement au troisième pansement.

Le 28 février. — La plus grande des ulcérations mesure 4 c. sur 2 c., les autres ne sont plus que des points non cicatrisés, dont le plus étendu n'a pas plus de 1 c. de surface.

Le 12 mars. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Nous avons pu revoir ce malade, il y a seulement quelques semaines, le 4 mars, c'est-à-dire 2 ans après l'opération. Les ulcères n'ont pas récidivé, la guérison s'est maintenue.

II. — Scarifications.

OBSERVATION V (résumée).

(Vidal, *in* thèse de Chaussat).

La seule raison qui nous a fait reproduire cette observation, c'est qu'elle est due à M. Vidal lui-même, et publiée dans la thèse de Chaussat faite sur le traitement

des ulcères variqueux par les scarifications. A notre avis cependant, elle ne prouve pas grand'chose, la malade étant syphilitique, et de plus étant sortie avant la guérison complète.

Ulcère petit 5° sur 6°. Lymphangite après les scarifications.
Malade syphilitique.

B... 54 ans, ménagère, entre le 19 décembre 1882 à Saint-Louis.

Manifestations scrofuleuses dans l'enfance. Syphilis en 1870.

Il y a trois mois environ, elle fut traitée dans le service de M. Besnier pour une adénite sterno-mastoïdienne, par l'iodure de potassium et le vigo.

Actuellement : cicatrices déprimées aux deux jambes. A la partie interne de la jambe gauche, ulcère à bords surélevés saillants.

Fond dépourvu de bourgeons charnus, gris-sale. Dimensions 5 à 6 cm.

Autre ulcération plus petite au niveau de la malléole.

Edème considérable du cou de pied.

Iodure de potassium et pansement.

Le 26 décembre, M. Vidal croit que l'ulcère peut tenir tout aussi bien aux varices et à l'état éléphantiasique du membre, qu'à la syphilis.

Scarifications. A la suite, on observe une température de 38° et une poussée de lymphangite.

Pansement légèrement compressif.

Le 8 janvier les bourgeons charnus commencent à se déve-

lopper sur les bords, le fond a pris une couleur rouge vif. Mais la quantité de pus est encore considérable.

Au moment où la malade sort de l'hôpital, l'ulcère mesure encore 1 cm. 1/2 sur 3 centimètres.

OBSERVATION VI (résumée. *in* Th. Chaussat).

Ulcère étendu de la jambe droite. A mis 4 mois pour guérir par les scarifications.

Ch., Augustine 52 ans, blanchisseuse entre le 12 octobre salle Saint-Jean, service de M. Vidal.

Pas d'antécédents héréditaires. Variole à 10 ans. Pas d'alcoolisme.

Il y a huit ans, a reçu un coup à la région tibiale de la jambe droite. Six mois après, hémorrhagie à ce niveau, à laquelle succéda une plaie petite, mais sans tendance à la cicatrisation. Quelques mois après, nouvelle rupture, nouvelle hémorrhagie. Depuis ce moment, l'ulcère a augmenté, jusqu'au moment où la malade entre dans le service.

Actuellement : Ulcère de la partie moyenne et interne de la jambe droite, mesurant 16 cm. 1/2 sur 7 1/2, bords durs, sinueux, formant un gros bourrelet saillant tout autour de la plaie. Fond déprimé couvert de bourgeons charnus, de couleur gris sale. Œdème dur ne dépassant pas les malléoles. On remarque sur la jambe ulcérée quelques varices superficielles, mais les varices profondes sont en plus grand nombre.

Application de cataplasmes d'amidon pendant 8 jours.

19 octobre. — Scarifications des bords de l'ulcère. Application de cataplasmes.

20 octobre. — Les bords sont déjà affaissés.

25 octobre. — La cicatrisation commence à la partie inférieure.

La quantité de pus est encore abondante et fétide. On remplace les cataplasmes par la poudre de sous-carbonate de fer.

3 novembre. — La plaie est en pleine voie de cicatrisation. Les bourgeons charnus commencent à se développer sur le fond de l'ulcère; la quantité de pus est notablement diminuée et beaucoup moins fétide.

3 février. — L'ulcère est presque complètement cicatrisé, il ne reste plus qu'une plaie large comme une pièce de 2 fr.

16 février. — Guérison complète.

OBSERVATION VII (résumée, *in* thèse Chaussat).

Ulcère étendu. Guérison presque complète en un mois. Mais lymphangite après l'intervention.

R..., 51 ans, propriétaire, entre le 15 juin 1882 à l'hôpital Saint-Louis.

Pas d'antécédents héréditaires. Quelques manifestations rhumatismales. Pas de syphilis ni d'alcoolisme.

Varices des deux jambes depuis l'âge de 25 ans. Ulcération également aux deux jambes, survenant à des intervalles plus ou moins éloignés.

Actuellement, ulcère au 1/3 inférieur de la jambe gauche de 8 cent. sur 10 cent. Bords irréguliers durs, taillés à pic, surface fortement déprimée, couverte de bourgeons charnus d'un rouge blafard. Téguments lisses, épaissis, complètement sclérosés.

Repos au lit et cataplasmes d'amidon sur les parties ulcérées pendant 5 jours.

20 juin. — L'inflammation a diminué, mais n'est pas complètement disparue. Malgré cela, scarifications à la partie interne de l'ulcère.

21 février. — Les parties scarifiées sont affaissées. Mais petite poussée de lymphangite, accompagnée d'un léger mouvement fébrile et d'un peu d'embarras gastrique. Les parties environnantes sont rouges et enflammées. Application de cataplasmes.

22 juin. — Plus de rougeur, plus de fièvre.

27 juin. — L'ulcère du côté interne (partie scarifiée) est en pleine voie de cicatrisation. On scarifie la partie interne.

7 juillet. — Le malade quitte l'hôpital, il ne reste plus qu'une plaie de la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

III. — Greffes.

OBSERVATION VIII (inédite).

Ulcère datant de deux ans. Greffes dermo-épidermiques après excision et curettage. Guérison en deux mois.

P... Joseph, briquetier, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Tenon le 18 décembre 1900 pour un ulcère de jambe.

Aucun antécédent. Pas de syphilis, pas de sucre dans les urines.

Il y a deux ans le malade fut blessé par une pierre à la

partie externe de la jambe droite, au 1/3 inférieur. Le malade garda le lit quelques jours, puis reprit son travail avec une plaie qui, à force de pansements finit par se cicatriser en partie, car il subsista toujours une plaie de la dimension d'une pièce de cinq francs environ.

Depuis 18 mois cette plaie, sans cause apparente, s'est mise à s'agrandir malgré les pansements humides, le vigo et le diachylon.

Au moment où le malade entre à l'hôpital, on constate à la partie antéro-externe de la jambe droite, un ulcère de forme ovoïde, long de 16 cent. et large de 6. Il est recouvert de bourgeons charnus exubérants. La jambe est entourée en arrière, par une bride cicatricielle, qui enserre, les muscles au niveau du 1/3 inférieur et a causé leur atrophie. Varices légères.

Les pansements restent sans effet, on décide l'intervention. La bride cicatricielle est d'abord excisée pour éviter les phénomènes de compression, du tiers inférieur de la jambe qui menace de se gangrener par défaut de vascularisation. Les muscles péroniers n'existent plus.

Au niveau de l'ulcère, les bourgeons charnus sont grattés pour les aviver, et sous eux on constate la présence d'une couenne fibreuse occupant toute la superficie de l'ulcère. Le tissu fibreux est incisé, en certains endroits il a une épaisseur d'environ 1 cm. 1/2.

L'opération fait découvrir la présence à ce niveau, d'une fracture du péroné, ancienne, ignorée et vicieusement consolidée.

Cette intervention est faite le 10 janvier, après anesthésie à la cocaïne lombaire.

Premier pansement 4 jours après. Légère suppuration, léger bourgeonnement.

Le 6^e jour. — Suppuration abondante, mais toute la surface de l'ulcère est bourgeonnante.

Le 26 janvier. — On intervient de nouveau pour faire des greffes dermo-épidermiques.

Anesthésie à la cocaïne lombaire.

Les greffes sont prises sur la face antéro-externe de la cuisse gauche, et sont ensuite posées sur toute l'étendue de l'ulcération. Pansement vaseliné.

Le premier pansement n'est fait que dix jours après.

On constate que toutes les greffes moins une sont prises, il y a de la suppuration

Aux pansements suivants, le bourgeonnement n'est pas très rapide. L'état de l'ulcère reste stationnaire, et le malade quitte l'hôpital incomplètement guéri le 20 mars. Il reste une perte de substance large d'environ une pièce de un franc.

OBSERVATION IX (personnelle).

Ulcère récent datant de 6 mois. 16 greffes cutanées dont 9 seulement ont pris. Guérison en 4 mois.

L..., boucher, 28 ans, entre à l'hôpital le 24 octobre 1900 pour un ulcère de jambe datant de 6 mois.

Aucun antécédent. Ni sucre ni albumine. Refusé au service militaire pour varices.

Il y a 8 mois, il se fit à la partie interne de la jambe droite, une piqûre avec un couteau de boucherie. Un phlegmon suivit cette piqûre ; le phlegmon fut ouvert et pansé, mais le

malade quitta l'hôpital avant la guérison complète. Depuis cette époque, il est toujours resté au niveau du tiers inférieur de la jambe une petite plaie, qui depuis deux mois environ et sans cause, a commencé à s'agrandir.

Le malade voyant l'étendue prise par son ulcère, et la non efficacité des pansements entre à l'hôpital.

A l'examen on trouve au $\frac{1}{3}$ inférieur de la jambe droite, une ulcération s'étendant sur les faces internes et postérieures de la jambe, de dimension assez considérable, 10 cm. sur 8 cm. Le fond a bon aspect, il est bourgeonnant, non déprimé, les bords ne sont pas sclérosés, la suppuration n'est pas très intense.

Le malade est mis au repos pendant 10 jours, et l'ulcère recouvert de pansements humides. Au bout de ce temps les dimensions de l'ulcère ne s'étant pas amoindries, on décide de faire des greffes.

D'abord avec une curette on avive légèrement les bourgeons charnus. Ecoulement sanguin modéré. Puis sur la face antérieure de la cuisse gauche, on prend 16 greffes cutanées de 1 cm. environ de superficie qui sont appliquées à la surface de l'ulcération. Pansement vaseliné qui reste 10 jours.

Le 15 novembre. — On enlève le pansement et avec lui 4 greffes qui n'ont pas pris ; 3 autres sont flétries.

Nouveau pansement le 23. Les greffes restantes, ont bon aspect.

Le 15 décembre. — Les greffes ont proliféré, la surface de l'ulcère a diminué. Néanmoins ce n'est que le 20 février, que le malade guéri peut quitter l'hôpital.

IV. — Autoplastie.

Cette observation, due à Hofmohl, est la relation du premier ulcère variqueux, croyons-nous, où la réparation par autoplastie ait été tentée avec succès du reste, comme on le verra par la lecture de l'observation.

OBSERVATION X

Jeune femme de 27 ans, présentant un ulcère de la jambe gauche ; il mesure 3 pouces de long sur 2 pouces 1/2 au-dessus du cou-de-pied.

Du 30 janvier au 6 février, on employa des compresses trempées dans une solution de potasse caustique. L'ulcère n'alla pas mieux quoiqu'il se couvrit de granulations. Le 6 février, on eut à amputer la main à un homme de 20 ans, qui avait, tout en jouissant du reste d'une santé excellente, une carrie des os du carpe. Huit minutes après l'opération, M. Hofmohl détacha de la peau de la main amputée, un carré de peau qu'il appliqua sur l'ulcère de la malade, en le fixant à l'aide d'une bande et d'une plaque de bois. On leva l'appareil au bout de 24 heures : la peau était solidement implantée, sa couleur n'avait pas changé.

On continua ce pansement tous les jours, en ayant soin d'arroser la plaie avec de l'eau tiède. Dès le 7^e jour, l'épiderme se détacha aux deux extrémités du lambeau en écaill.

les transparentes, et au-dessous, les papilles du derme apparurent avec leur coloration rosée.

Dès le 17 mars, l'assimilation de la peau transplantée avec le reste de la peau de la jambe était complète, et c'est à peine si l'on pouvait s'apercevoir de l'opération qui avait été pratiquée.

OBSERVATION XI

(M. Giovanone. In thèse de Tripiér 1890).

Autoplastie faite avec un scrotum. Guérison en un mois.

Le nommé L... âgé de 70 ans, entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. Reynier le 16 avril 1890.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de diabète, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Constitution assez robuste malgré l'âge du malade.

Il est porteur d'un ulcère variqueux à la jambe droite. Sa surface, à contours irréguliers, empiète sur les $\frac{2}{3}$ de la circonférence de la jambe. Son fond est recouvert de bourgeons de mauvaise nature; ses bords sont épais, infiltrés, dépassant d'un centimètre la surface ulcérée.

Une toilette bien antiseptique de l'ulcère est faite, et on commence des pansements à l'iodoforme. Jusqu'au 6 mai les limites de l'ulcération restent les mêmes.

Ce jour là M. Reynier opérait un varicocèle par la méthode de M. le professeur Le Fort. Le lambeau scrotal, abandonné sur la table d'opération, fut pris au bout d'une demi heure et appliqué sur l'ulcère, après lui avoir enlevé assez grossièrement une partie de son tissu cellulaire, et avoir par quelques

coups de bistouri, avivé la surface de l'ulcère qui fut recouvert d'une façon presque complète. Des bandelettes de diachylon le tinrent en place.

Quatre jours après, le pansement fut enlevé. Le lambeau boursoufflé, rougeâtre, adhérait à la solution de continuité par sa face profonde. L'adhérence du lambeau devint de plus en plus intime, le gonflement disparut, et les couches superficielles de l'épiderme se détachèrent par petits ilots noirâtres.

Au bout de 20 jours, la cicatrisation de l'ulcère était à peu près complète, et le 10 juin le malade quittait l'hôpital sur sa demande, n'ayant plus qu'une petite ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Le malade fut revu 5 mois après complètement guéri.

V. — Résection de la saphène.

OBSERVATION XII (M. Schwartz).

Cecas est le premier où l'on trouve notée la cicatrisation d'un ulcère de jambe à la suite de résection de la saphène interne.

Ulcère variqueux récent et peu étendu.

Guérison en 12 jours s'étant maintenue après 7 mois.

La nommée Th... J., domestique, 38 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Ste-Clotilde, lit n° 31, le 29 septembre 1885.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Elle-même a

toujours joui d'une bonne santé, ses varices ont débuté à l'âge de 19 ans, et elle s'empresse de les attribuer aux fatigues de sa profession. Il y a 4 ans, ces varices amenèrent une ulcération, dont la cicatrisation n'eut lieu qu'au bout de huit mois. Le seul traitement a été un bas élastique, porté assez irrégulièrement.

Il y a 6 mois enfin, apparut une nouvelle ulcération que nous retrouvons aujourd'hui. A notre examen, nous relevons la présence de varices nombreuses et volumineuses, surtout à la jambe gauche. Elles portent principalement sur le tronc de la saphène interne, qui décrit à la face interne de la jambe de nombreuses flexuosités.

Au tiers inférieur de la jambe et à sa face interne, on voit un ulcère de 5 à 6 cm. environ, peu profond, à bords épaissis et irréguliers. Le membre est œdématié.

L'état général est bon. Rien aux poumons ni au cœur, pas d'athérome.

On commence à traiter l'ulcère par le pansement phéniqué humide. La plaie se déterge bien, mais ne tend nullement à la cicatrisation.

Le 15 octobre. — Ligature de la saphène interne en deux points.

Le 20. — On enlève les fils à suture : réunion complète.

Le 22. — Ulcère complètement fermé.

Le 26. — La malade quitte l'hôpital guérie.

Revue 7 mois après, la guérison s'est maintenue.

Nous devons faire remarquer que dans ce cas la ligature de la saphène, paraît avoir surtout été dirigée con-

tre les varices, et ce n'est qu'incidemment que la guérison de l'ulcère fut observée.

Voici maintenant le premier cas, où M. Ricard fit la résection de la saphène dans le but d'obtenir la guérison d'un ulcère variqueux.

OBSERVATION XIII (M. Ricard).

Deux ulcères variqueux, l'un de la jambe gauche récent, l'autre de la jambe droite, ancien. Résultat différent : cicatrisation du premier en trois semaines ; état du second non modifié par l'intervention.

Malade âgé de 46 ans, entre dans le service de M. Ricard. Il porte deux ulcères variqueux. A la jambe gauche, l'ulcère est presque circulaire datant de 5 mois, sans tendance à la cicatrisation. A droite l'ulcération est plus ancienne, remonte à 5 ans.

Après avoir subi toutes sortes de pansements, elle a fini par se cicatriser il y a 3 mois, mais pour se rouvrir de nouveau.

Le 22 janvier 1891, M. Ricard fait sous le chloroforme la ligature de la saphène interne en trois endroits : 1° à son embouchure ; 2° à quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation du genou ; 3° à la partie supérieure de la jambe. Les ligatures sont faites au catgut. On suture les téguments. On panse l'ulcère à la gaze iodoformée.

Les plaies opératoires sont recouvertes d'un pansement collodionné. La même opération est faite sur les deux membres avec les plus grandes précautions antiseptiques. Le ma-

lade reste alité, il ne manifeste aucune douleur et ne présente aucun phénomène de réaction.

Le 28 janvier, à la levée des pansements, on constate une réunion par première intention des plaies opératoires. Sur les bords de l'ulcère de la jambe gauche, il s'est formé un liseré cicatriciel qui a considérablement rétréci sa surface. Sur l'ulcère de l'autre membre aucune modification appréciable. Au bout de trois semaines le premier est complètement cicatrisé, le second reste stationnaire.

Au bout d'un mois à la sortie du malade, on constate seulement la formation d'un mince liseré cicatriciel.

OBSERVATION XIV

(Résumé *in* thèse d'Archambaut 1891).

Ulcère variqueux datant de 8 ans. Dimension 9 c. sur 5 c.

Guérison en 35 jours.

M... Paul âgé de 61 ans, atteint depuis 9 ans, d'un ulcère variqueux de la jambe gauche. Il y a 5 mois cicatrisation passagère. A l'entrée du malade, l'ulcère mesure 9 c. sur 5 c.

Au-dessus, la saphène interne est sinueuse et se dessine nettement.

5 février. — Ligature de la saphène en trois points.

12 février. — Réunion par première intention des plaies opératoires. Ablation des fils.

13 février. — On découvre l'ulcère, un liseré se forme à la partie supérieure. Nouveau pansement iodoformé.

Les jours suivants le malade se lève, malgré les conseils qu'on lui a donnés.

La cicatrisation est lente, ce n'est qu'au bout de 35 jours qu'elle s'achève. Le malade quitte l'hôpital le 13 mars 1894.

OBSERVATION XV

(Archambaut, *loc. cit.*)

Ulcère récent, petit, mais douloureux, avec énormes dilatations variqueuses. Guérison en 24 jours.

H..., charretier 54 ans. Variqueux depuis 25 ans.

Il y a 6 mois un ulcère apparaît à la partie interne de la jambe droite ; sans tendance à la cicatrisation, quoiqu'il ait été pansé régulièrement.

Depuis six semaines il souffre au niveau de son ulcère et de ses dilatations. Depuis huit jours il a même dû cesser tout travail.

Dilatations variqueuses énormes à la partie interne, siège maximum des douleurs.

Entre le 13 avril.

A l'examen outre les dilatations variqueuses, on trouve à la face interne de la jambe droite, un ulcère de la largeur d'une pièce de 5 francs, et autour de lui d'autres plus petit, de la largeur de 1 à 2 c.

16 avril. — Ligatures de la saphène interne à droite en trois points. Sur les ulcères pansement iodoformé.

23 avril. — A la levée des pansements, on voit que les petits ulcères se sont fermés. L'ulcère le plus volumineux est complètement cicatrisé au bout de 24 jours.

Le malade sort guéri le 10 avril 1891. Les douleurs sont disparues.

OBSERVATION XVI

(Résumée *in th.* de Charrade).

Ulcère petit, dimension d'une pièce de 5 fr., non amélioré par les pansements et le repos. Guérison après résection de la saphène en 17 jours.

Charles D... caissier, 52 ans, entré le 2 mai 1892 à l'hôpital Cochin, service de M. Schwartz.

Pas d'antécédents héréditaires.

Entre à l'hôpital pour un ulcère de la jambe droite et des varices du même côté.

Saphène interne dilatée, sinueuse.

Ulcère siège au-dessus de la malléole interne droite. Dimension d'une pièce de 5 fr., bords épais, irréguliers, fond recouvert d'une sanie grisâtre, pas de tendance à la cicatrisation. Pourtour violacé, induré, douloureux.

A eu cet ulcère il y a 5 ans, fut guéri en 3 semaines, et il y a six mois seulement que l'ulcération s'est reproduite à la suite d'un coup. Tous les traitements employés depuis ce moment, y compris le repos, n'ont pu arriver à modifier la plaie.

Opération le 4 mai. Résection de la saphène au 1/3 supérieur de la cuisse entre deux ligatures, et au niveau du condyle interne. Sutures, pansement.

15 mai. — On enlève les fils à sutures, l'ulcère est en voie de cicatrisation.

21 mai. — Il est complètement cicatrisé et le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(Charrade, *loc. cit.*).

Ulcère pansé pendant 3 mois, sans amélioration notable.
Hémorrhagie. Guérison en 3 semaines après résection de la saphène.

Emile Pl... tanneur, 67 ans, entré à Cochin le 31 mai 1890, salle Demarquay, service de M. Schwartz.

Variqueux depuis l'âge de 18 ans. Refusé au service militaire pour ses varices.

Rupture d'une varice à la jambe droite vers l'âge de 25 ans, hémorrhagie qui faillit amener la mort.

Ce ne fut que 15 ans plus tard, qu'apparut un premier ulcère à l'endroit de la rupture variqueuse. Il se cicatrisa rapidement. Mais nouvelle hémorrhagie quelque temps après au même point.

Entre à Cochin pour l'ulcère siégeant au niveau primitif de ses hémorrhagies. Soigné sans succès à l'Hôtel-Dieu pendant trois mois. Varices sur le tronc de la saphène surtout à droite. Dilatation d'une plume d'oie avec flexuosités. Membre œdématié.

Ulcère au niveau de la malléole interne. Forme irrégulière. Surface d'environ 4 c. sur 5 c. Bords épais : fond sanieux et grisâtre. Pourtour fortement pigmenté, mais pas de trouble de la sensibilité. Est le siège d'hémorrhagies assez fréquentes.

Ni sucre ni albumine.

Opération le 4 juin. 3 sutures à 10 c. l'une de l'autre, résection d'un paquet variqueux au niveau du condyle interne et au tiers moyen de la jambe.

Sutures et pansement au salol.

Le 9. — Ablation des points de suture, l'ulcère a diminué de moitié, et ne saigne plus.

Le 12. — La réunion est partout complète, et le malade commence à se lever.

Le 27. — Soit un peu plus de 3 semaines après l'opération, le malade sort complètement guéri.

Revu le 26 octobre, s'est-à-dire 4 mois après. Il a repris son travail et n'a plus d'ulcère.

II. — Elongation des nerfs.

Nous reproduirons les observations communiquées à la Société de Biologie par M. Chipault lui-même, l'auteur de la méthode.

OBSERVATION XVIII

Ulcère variqueux rebelle. Guérison en 11 jours. Douleurs en éclairs pendant quelques jours après l'intervention. Pas de récurrence après 20 mois. Diminution des varices.

M. de C..., rhumatisant et variqueux porte depuis de longues années à la partie antéro-interne de la jambe et au tiers inférieur, une ulcération dont les dimensions sont de 8 cent. de long sur 3 cent. de large. Cette ulcération est entourée d'un épiderme sans vitalité. Elle est de temps en temps le siège de petites hémorrhagies. Le malade a essayé de tout pour venir à bout de cette affection qui le gêne sur-

tout par les pansements répétés qu'elle nécessite. La compression caoutchoutée, le diachylon, les pulvérisations phéniquées, le grattage simple ont été essayés sans résultat. Seul le repos prolongé produit une diminution de l'ulcère, qui s'agrandit dès que le malade marche à nouveau.

Pendant l'hiver 1896-1897, sous l'influence d'une attaque subaiguë de rhumatisme, l'ulcère prend une marche envahissante et atteint en 15 jours 4 c. 1/2 de largeur. Pendant tout ce temps j'avais fait en vain des pansements au salicylate de soude. Le 17 septembre 1897, je me décide à tenter l'élongation du musculo-cutané, qui est pratiquée sans difficulté, ainsi que la réunion par première intention de l'ulcère, pour laquelle une plaie cutanée de 14 cent. de hauteur sur 6 de largeur suffit. L'ulcère ne dépassait pas l'aponévrose. Huit ligatures veineuses, 22 sutures cutanées. Dix minutes d'attente avant que la peau n'ait acquit une souplesse nécessaire pour que les lèvres de la plaie soient mises en contact.

Pansement ouaté compressif, pansement indépendant pour la plaie d'élongation. Ce dernier est enlevé le quatrième jour, le premier, seulement le onzième. Des deux côtés, réunion par première intention.

Pendant ce temps, le malade avait gardé le repos au lit. J'exigeai encore le repos presque absolu pendant une huitaine. A ce moment le malade s'est plaint à plusieurs reprises, d'une vive douleur en éclair au niveau du gros orteil. Elle n'a pas reparu depuis.

D'autre part, depuis 20 mois l'ulcère ne s'est pas reproduit. La cicatrice d'incision est légèrement exubérante ; tous les troubles tropiques cutanés dont le membre était le siège ont disparu. Enfin les varices sont certainement beaucoup moins

considérables qu'autrefois. J'attribue le fait au rôle de bas élastique naturel, joué par la peau jambière, dont un segment a été enlevé.

OBSERVATION XIX

Chipault (résumée *in loc. cit.*).

Ulcère petit: 5 c. sur 4 1/2. Elongation du saphène interne et rapprochement des bords de l'ulcère. Œdème du pied après l'intervention. Guérison en trois semaines.

F..., zingueur, 47 ans.

À reçu en 1897 un coup de pied à la partie antéro-interne de la jambe, suivi de sphacèle, puis ulcère qui mesure actuellement 5 c. sur 4 1/2.

Repos au lit depuis 3 semaines sans résultat.

Le 3 mai 1898. — Elongation du saphène interne à la partie supérieure de la jambe, et nettoyage de l'ulcère, dont l'étendue est diminuée à l'aide de cinq points de suture. Mais on n'ose faire des sutures très énergiques, à cause du peu de vitalité de la peau.

Dans les jours qui suivent œdème du pied.

5 jours après on enlève le premier pansement : réunion de la plaie d'élongation ; l'ulcère est en bonne voie de cicatrisation.

Le 9^e jour on enlève les fils de l'ulcère qui garde ses dimensions.

Le 21^e jour il ne reste plus qu'un point non réuni de 1/2 c. rempli par un bourgeon exubérant qui est enlevé d'un coup de ciseau. Guérison complète.

OBSERVATION XX

(Chipault, résumée *in loc cit.*).

Ulcère variqueux datant de 12 ans. Elongation du saphène interne et à la suite élancements douloureux. Guérison en 18 jours.

M..., indigent 54 ans.

Variqueux depuis de longues années.

Ulcère au 1/3 moyen de la jambe datant de 12 ans.

Dimension actuelle 4 c. sur 8. A été traité par tous les moyens : greffes, pulvérisations, etc.

Curettage de l'ulcère et de ses bords, il atteint 6 c. sur 9.

Le 9 mai elongation du saphène interne. Curettage et rapprochement des bords de l'ulcère qui devient alors fusiforme et étroit. Deux pansements séparés : l'un pour la plaie d'elongation, l'autre pour l'ulcère.

L'opéré se plaint d'élancements douloureux.

Le 4^e jour on enlève le pansement supérieur. Pas de traces d'inflammation.

Le 8^e jour, pansement de l'ulcère qui a bourgeonné et diminué.

Le 18^e jour, l'ulcère est complètement cicatrisé.

Revu deux mois après : la guérison s'est maintenue.

VII. — Dissociation fasciculaire du sciatique.

Le 22 avril 1899 M. P. Delbet présentait à la Société de Biologie, le malade dont nous résumons l'observation.

OBSERVATION XXI

Ulcère récidivant de la jambe gauche. Ulcère douloureux. Dissociation fasciculaire du sciatique. Guérison en six jours persistant 19 mois après avec diminution des manifestations douloureuses.

V. Antoine, 39 ans, démolisseur, entre à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, pour une ulcération peu profonde large comme une pièce de cinq francs, et ayant pour siège la partie antérieure de la jambe gauche.

Malade variqueux depuis 16 ans. Rien aux poumons ni au cœur.

Presque en même temps que le malade s'est aperçu de ses varices, c'est-à-dire il y a 16 ans, l'ulcération est survenue à la suite d'un rhumatisme. La guérison fut assez rapide, une première fois, mais sous l'influence du moindre traumatisme l'ulcère réapparaît. La cicatrisation est de plus en plus lente, et elle met maintenant six semaines avant d'être complète.

Le 31 mars : dissociation fasciculaire du sciatique.

Le 6 avril : cicatrisation complète de l'ulcère.

Le malade est revu 19 mois après par Silvy (thèse de Paris 1900), la guérison s'est maintenue sans récurrence malgré un traumatisme reçu au niveau de l'ancienne ulcération, suivi d'une plaie qui nécessita un repos de 15 jours pour se refermer. Le malade fait un métier très pénible, et malgré cela ses varices ne le font plus souffrir comme auparavant.

OBSERVATION XXII (M. Gérard-Marchant).

(Résumée, *in* thèse Silvy, 1900).

Ulcère datant de six semaines, douloureux. Hersage du sciatique :
Quelques fourmillements après l'intervention. Guérison en 15 jours.

P.... Th..., charretier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital Boucicaut, salle Saint-Jacques, le 6 novembre 1900, pour un ulcère variqueux, siégeant à la partie interne de la jambe droite, 1/3 inférieur.

Malade variqueux depuis l'adolescence. Enorme dilatation de la saphène interne au niveau de son embouchure.

Ulcère survenu il y a 6 semaines sans traumatisme. Mais en même temps, sont apparues des douleurs qui sont devenues très intenses. Exploration douloureuse au niveau de l'ulcère qui a les dimensions d'une pièce de 5 fr. Le malade jouit d'une excellente constitution, n'a pas d'antécédents héréditaires ou personnels; nie tout excès alcoolique.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Pendant huit jours, pansements humides renouvelés tous les deux jours.

Le 13. — L'ulcère a conservé ses dimensions.

Le 14. — Après anesthésie à l'éther dans le décubitus latéral du côté sain, hersage du sciatique avec une petite herse *ad hoc*.

Dans la soirée, le malade a quelques fourmillements dans la jambe. La température est de 38°.

Le 20 novembre. — L'ulcère n'a plus qu'une largeur de 38 centim.

Le 1^{er} décembre. — L'ulcère est presque complètement cicatrisé.

OBSERVATION XXIII (résumée).

(P. Delbet. Travaux de neurologie, 4^e An).

Deux ulcères superposés de la jambe gauche dont le supérieur a subi une amélioration rapide, et dont l'autre n'a été que très peu modifié par la dissociation fasciculaire.

Fl..., Antoine, jardinier 60 ans, entre à l'hôpital Necker, le 23 juin 1899. Son état général laisse à désirer.

Depuis 1882 il a souffert fréquemment de névralgie sciatique à gauche, côté où siègent ses ulcères.

Ceux-ci datent de 8 ans. Ils siègent à la partie interne de la jambe gauche. Le supérieur occupe la partie moyenne et mesure 7 cm. sur 6 cm. L'autre beaucoup plus considérable s'étend du précédent à la malléole ; il occupe la face interne et une partie de la face antérieure. Bords durs, scléreux.

Peu de varices.

Le 24 juin. — Dissociation fasciculaire. Dans la journée quelques contractions indolentes au niveau du mollet.

Le 30. — Les bords des ulcères sont affaissés, le fond bourgeonne.

Le 2 juillet. — Epidermisation presque complète de l'ulcère supérieur.

Le 18. — Même état. L'ulcère inférieur se cicatrise à sa périphérie mais sa surface est devenue saillante.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Presse médicale du 13 octobre 1900).

Ulcère variqueux remontant à 10 ans. Dissociation fasciculaire du sciatique et résection de la saphène. Guérison en 30 jours. Récidive au bout de 3 mois 1/2.

F..., cocher, 60 ans entre à Necker le 21 mars 1900.

Ulcère remontant à 10 ans, siégeant au-dessous de la partie moyenne de la jambe gauche, et dont les dimensions actuelles sont 6 cm. sur 5 c. 1/2. Bords calleux, épais.

Varices nombreuses, saphène dilatée, insuffisante.

Le 6 avril. — Ligature de la saphène à la partie moyenne de la cuisse et du genou, dissociation fasciculaire du sciatique.

Le 30 avril. — Le malade sort avec une petite surface non cicatrisée. Guérison dans les premiers jours de mai.

Revu par Silvy (thèse de Paris 1900) en novembre. Le malade avait eu une récidive, et se plaignait en outre d'engourdissement des orteils avec refroidissement de toute la jambe.

ÉTUDE CRITIQUE DE CHACUNE DE CES MÉTHODES. LEURS ACCIDENTS

Malgré le nombre forcément restreint de cas traités par chaque intervention, que nous avons précédemment réunis, il nous semble que l'étude de ces observations peut montrer jusqu'à quel point on est en droit de compter sur ces opérations. Tant au point de vue de la guérison rapide des ulcères variqueux, qu'au point de vue de leur récurrence.

Si nous n'avions pas eu l'intention d'écarter systématiquement, toute question théorique, pour nous en tenir à la question de faits, nous aurions pu du reste faire remarquer à propos de la cure radicale, que celle-ci était fort problématique. En effet, pour les uns l'ulcère variqueux relève d'un état diathésique général : une opération quelconque ne saurait donc le modifier. Pour d'autres au contraire, il reconnaît une origine circulatoire ou nerveuse. Mais peut-on être sûr, en agissant sur une seule veine, d'avoir modifié complètement la circulation veineuse d'un membre ? Peut-on même être certain, en traitant un nerf d'avoir modifié heureusement et pour toujours, la nutrition d'un membre variqueux ?

Revenant donc à la question de faits, nous recherchons quelles objections on peut faire à chacune de ces inter-

ventions chirurgicales, quels accidents peuvent leur être imputés, ce qui nous aidera d'autant, croyons-nous à en préciser les indications.

I. — Incision circonférentielle.

Cette opération peut d'abord sembler irrationnelle : créer tout autour d'une plaie rebelle sur des tissus à vitalité amoindrie, une nouvelle plaie encore plus étendue que la première sous prétexte de la guérir, cela peut sembler tout au moins paradoxal. Cependant quelle que soit l'idée qui ait guidé Dolbeau dans sa première intervention, nous n'en avons pas moins aujourd'hui des faits qui ont légitimé cette intervention. Nous ferons remarquer, de plus, à quel point il fallait, qu'elle ait entraîné par la suite, la conviction de Dolbeau, pour que celui-ci l'ait reproduite tant de fois, à un moment où l'antisepsie était encore inconnue.

Opération sanglante, douloureuse, exposant aux complications des plaies et à la phlébite, telle est la seconde objection. Voici la réponse de M. le professeur Berger (*France médicale* de 1875 p. 323) : « Je n'ai jamais observé de phlébites à la suite des incisions circonférentielles. Ne sait-on point d'ailleurs, combien est peu dangereuse la section des veines variqueuses. De plus l'opération est très peu douloureuse, car la peau qui entoure les ulcères variqueux présente d'ordinaire une sorte d'assoupissement de la sensibilité ».

Difficulté non de la cicatrisation, mais de la guérison définitive. A cette objection c'est encore M. Berger qui s'est

chargé de répondre : « D'abord plus la cicatrisation est rapide et moins est gênante la cicatrice. J'ai vu dans le service de Dolbeau des malades guéris depuis un an et plus, et chez qui de nouveaux ulcères s'étaient produits sur l'autre jambe, ou sur la jambe primitivement malade, mais où la cicatrisation du premier ulcère était restée intacte ».

Mais ne peut-on craindre que l'ulcère ainsi isolé ne se sphacèle, au moins en certaines de ses parties ? C'est un fait que nous n'avons jamais vu signalé, et pour notre part, jamais observé.

Une crainte plus sérieuse, est celle de l'hémorrhagie. Faire ainsi en plein tissu variqueux, au milieu de veines dilatées, une incision profonde, c'est courir le risque d'une hémorrhagie dont on aura peut-être peine à se rendre maître. On peut voir en effet que dans un cas que nous rapportons (obs. II) on fut obligé d'avoir recours à la bande d'Esmarch. Cependant cet accident paraît être peu fréquent, l'hémorrhagie s'arrêtant d'ordinaire sous un pansement légèrement compressif ; notre maître M. Félizet nous a dit ne l'avoir que très rarement observé.

En somme, nous croyons que l'incision circonférentielle n'amènera que peu d'accidents redoutables ; nous avons rapporté des cas où elle permit la guérison d'ulcères variqueux étendus ; nous croyons qu'elle ne mérite pas le dédain avec lequel elle est traitée.

II. — Méthode des scarifications.

Evidemment nous ne saurions trouver beaucoup d'objections à faire à cette méthode. Le manuel opératoire est d'une simplicité telle, qu'il suffit de l'avoir vu pratiquer seulement une fois, pour le reproduire en toute sécurité.

Ce n'est pas à dire cependant, qu'on n'endoive craindre aucun accident. Sur trois observations que nous rapportons, il en est deux où l'on a vu une poussée de lymphangite, accompagnée d'une température de 38° (Obs. V et VII). Ces lymphangites ne présentèrent du reste aucun caractère de gravité, elles cédèrent en quelques jours ; néanmoins nous croyons qu'il est bon d'être prévenu de leur possibilité.

Mais l'objection beaucoup plus sérieuse qu'on peut faire à cette méthode, l'objection capitale, c'est qu'elle ne diminue pas sensiblement la durée d'un ulcère variqueux. En effet, nous avons résumé des observations dans une thèse faite sur le traitement des ulcères variqueux par les scarifications (Chaussat, th. Paris, 1883). Sur cinq cas publiés dans cette thèse, deux malades étaient syphilitiques, prenaient en même temps de l'iodure de potassium, et il est permis de croire que l'iodure fit autant pour la guérison que les scarifications. Un autre cas, que nous rapportons (Obs. VI) où l'ulcère était il est vrai très étendu, il fallut quatre mois pour obtenir la guérison. En présence de résultats si peu encourageants, nous nous demandons quel bénéfice on pourra retirer de l'intervention. Si on nous permet de plus, d'apporter les sou-

venirs de notre observation personnelle, nous dirons que nous avons rarement vu une amélioration évidente, à la suite des scarifications que nous avons faites à Saint-Louis dans le service de M. Du Castel.

Nous essayerons de préciser plus loin, les services que l'on pourra retirer de cette méthode dans des cas donnés : nous avons seulement tenté de faire voir, qu'il n'y faut pas trop compter.

III. Méthode des greffes.

Ici, nous l'avouerons nous sommes très embarrassé pour apprécier la méthode, car si, pour la greffe épidermique tout le monde est à peu près d'accord, tant au point de vue de la guérison immédiate qu'au point de vue de la guérison définitive, pour les greffes dermo-épidermique et cutanée, les résultats sont tellement variables en général, et différents selon chaque auteur, qu'il nous est assez difficile de nous faire une opinion.

a). — *Grefte épidermique* — La greffe de Reverdin, n'est pas une intervention pouvant amener d'accidents ; le manuel opératoire en est des plus simples, la seule difficulté que l'on peut éprouver, c'est l'étalement du lambeau épidermique à la surface de la perte de substance qu'il s'agit de combler. Enfin, si la greffe prend, la guérison peut être très rapide.

Mais à supposer ce résultat rapide, a-t-on guéri des ulcères variqueux ? Pour combien de temps en a-t-on débarrassé le malade ? Nous répondrons : pour un temps très court, car la peau qui recouvre alors la cicatrice est

mince, peu résistante, peu souple et comme parcheminée. Dès lors, le plus petit traumatisme, un frottement un peu rude suffira à produire une solution de continuité, dont les limites auront une extension rapide, ce qui ramènera l'ulcère à ses dimensions primitives.

Un résultat si peu persistant ne saurait donc être en faveur de cette intervention.

b). — *Greffe dermo-épidermique et greffe cutanée.* — Nous confondrons ces deux greffes dans la même discussion générale, parce que les reproches qu'on leur peut faire sont à peu près identiques.

Ce n'est pas tant, croyons-nous, sur la persistance de la guérison d'un ulcère par la greffe de Thiersch ou cutanée, que sur la facilité de cette guérison que doit porter la discussion. Les uns en sont partisans convaincus ; les autres les considèrent à l'égal des autres moyens.

Quoi qu'il en soit, il est certain que la principale difficulté est de faire prendre la greffe. Pour les uns, un minimum de suppuration serait une des conditions du succès. *A priori*, il semble, en effet, qu'en cas de suppuration profuse, le pus se faisant jour sous la greffe, empêchera l'adhérence de celle-ci aux bourgeons charnus sous-jacents. C'est une première raison pour que la greffe ne prenne pas, et alors lorsqu'on enlève le premier pansement, on enlève en même temps le lambeau. D'autres fois la greffe est restée vaguement adhérente à la perte de substance, seulement les jours suivants on s'aperçoit qu'elle se sphacèle en un point, preuve qu'elle ne se nourrit pas.

Un cas relativement plus heureux est celui où la greffe est prise : elle est parfaitement adhérente aux bourgeons

charnus, elle a bon aspect, en un mot, elle vit. Seulement, trop souvent alors, elle reste stationnaire, elle ne bourgeonne pas, et l'on a guéri seulement les parties de l'ulcère qui ont été recouvertes.

Ces cas ne sont-ils pas ceux où l'ulcération est le siège de troubles trophiques, ceux d'ulcères anciens dont la vitalité est amoindrie ?

La greffe cutanée échouerait encore plus souvent que celle de Thiersch (M. Lyot).

IV. — Autoplastie.

Malgré ce que peut avoir de tentant cette intervention dans le traitement de l'ulcère variqueux, elle ne semble pas facilement réalisable.

En effet, on ne peut prendre le lambeau au voisinage de l'ulcère, sur des tissus qui eux-mêmes n'ont qu'une faible vitalité, et se laisseraient facilement envahir par l'ulcération. Le prendre sur l'autre jambe, c'est risquer de créer un autre ulcère, et si on se décide à l'emprunter à une région du corps, à laquelle on le laissera adhérer par un pédicule, on arrive à donner aux malades des positions incommodes pour ne pas dire plus. Ceux-ci sont alors immobilisés pendant au moins dix jours, dans ces situations bizarres, que l'on peut voir figurées dans les traités de chirurgie.

On peut-il est vrai emprunter le lambeau à un autre individu. Mais on n'a pas toujours à sa disposition un scrotum, comme dans une observation que nous avons rapportée (obs. XI).

En tous cas, ce procédé qui peut réussir dans de petites pertes de substance, ne saurait convenir aux ulcères très étendus.

V. — Résection de la Saphène.

Ceux qui les premiers firent la ligature ou la résection de la saphène interne dans le cas d'ulcère variqueux, furent guidés par une idée pathogénique, et leur opération était justifiée. Cependant les résultats ont-ils répondu à leurs espérances?

En ce qui concerne la cure des varices, Nélaton disait avoir vu beaucoup de malades ayant subi des opérations multiples; chez aucun d'eux il n'avait pu observer de véritables guérisons (Soc. de chirurgie 1852). D'autre part Archambault dans une thèse faite sous l'inspiration de M. Ricard, en arrive à se demander, à propos des ulcères auxquels on avait opposé la résection de la saphène, si ses malades n'auraient pas guéri par le seul repos.

Il nous semble cependant qu'il est des cas, où cette intervention peut rendre des services: d'abord lorsque l'ulcère est accompagné de dilatations variqueuses énormes et douloureuses, ensuite lorsqu'il est le siège d'hémorrhagies. A la suite de l'opération on voit en effet les douleurs disparaître (ob. XV) et les hémorrhagies s'arrêter (ob. XVIII).

Mais cette opération a-t-elle une influence directe sur la marche de l'ulcère? Elle le devrait si l'ulcère dit variqueux reconnaissait cette seule pathogénie. Nous citerons à ce propos l'observation de M. Ricard, observation que nous rapportons (Obs. XIII), où l'on peut voir sur un membre, un ulcère promptement cicatrisé à la suite de l'intervention, tandis que sur l'autre membre l'ulcère n'a

pas été modifié par cette même intervention pratiquée ausssi sur ce côté.

Les accidents en sont rares. Cependant on a cité la rétention d'urine, et on l'a expliqué par l'exagération des varices de la vessie, à la suite de l'ablation des varices des membres. Dans le même ordre d'idée, Girod de Lyon a vu des accès de suffocation.

Enfin on peut éprouver des difficultés opératoires, lorsqu'on a affaire à un membre infiltré, où l'isolement de la veine peut être laborieux.

VI. — Elongation des nerfs

C'est encore une idée pathogénique qui a fait essayer cette intervention. Mais nous ferons observer que M. Chipault traite en même temps l'ulcère, et il y a là sans doute un facteur puissant, et qui doit compter lorsqu'on obtient la guérison. D'où aussi une première objection.

Lorsqu'en effet, on à traiter un ulcère très étendu, intéressant par exemple les faces antéro-externe, postérieure et interne de la jambe, en faisant le tour, on ne peut évidemment en rapprocher les bords au moyen de points de sutures même très lâches. D'où la nécessité dans ce cas de s'adresser à un autre procédé.

Mais dans les cas où ces sutures sont possibles, on peut voir par les observations que nous avons reproduites d'après M. Chipault qu'on a obtenu des succès (Obs. XVII, XIX et XX). L'intervention est donc à tenter.

A la suite de l'intervention, on a observés des douleurs ou éclairs dans le membre opéré (Obs. XVIII et

XX) une fois même il y a eu de l'œdème du pied (Obs. XIX). Enfin des troubles trophiques ont été signalés par Schewing dans les expérimentations de Quinquaud. M. Chi-pault dit avoir vu une fois, une phlyctène trophique qui s'est desséchée assez rapidement. Tous ces troubles trophiques disparaissent du reste, en quelques jours.

Signalons enfin une petite difficulté opératoire, plutôt qu'un accident, c'est l'hémorrhagie : on opère, en effet, au milieu de veines dilatées. Quelques pinces hémostatiques du reste, et quelques ligatures, mettront à l'abri de cette complication.

VII .— Dissociation fasciculaire du sciatique.

C'est une intervention toute récente, et peut-être n'a-t-elle pas suffisamment fait ses preuves, pour qu'on puisse la juger. Comme la précédente c'est l'élément trophique de l'ulcère variqueux qu'on se propose de modifier, sans toucher à la surface elle-même de l'ulcération. Il doit donc être facile de se rendre compte des effets de la dissociation seule.

A ce propos, nous avons resumée (obs. XXIII) une observation, publiée par M. P. Delbet dans les Travaux de neurologie. Le malade était porteur de deux ulcères superposés, dont le supérieur seul a subi une amélioration rapide, suivie d'un état stationnaire, comme si l'action de l'opération s'était éteinte.

Enfin dans le cas d'ulcères douloureux, on a vu (obs. XXII) la diminution des douleurs après l'intervention.

Par contre quelques malades se plaignent d'élançements douloureux et de fournillements après l'opération (obs. XXII). Dans un cas même, revu au bout de six mois, le malade se plaignait encore d'engourdissement des orteils avec refroidissement de toute la jambe (Th. Silvy 1900). Mais en général tous ces petits accidents disparaissent rapidement ; il suffit d'en être averti pour se pas s'en effrayer.

INDICATIONS DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS.

Nous avons essayé dans le précédent chapitre d'indiquer d'une façon générale, jusqu'à quel point toutes les interventions chirurgicales guérissaient l'ulcère variqueux. Nous avons noté quelques-unes de leurs contre-indications. Il nous reste donc à rechercher maintenant, si à un cas donné, ne convient pas plus particulièrement telle intervention ; si l'une d'elle ne modifiera pas heureusement un ulcère, là où une autre n'aurait rien donné. En un mot nous rechercherons quelles en sont les indications.

D'abord au point de vue du traitement, on peut diviser les ulcères variqueux en *ulcères récents*, et en *ulcères anciens* ; les seconds, nous semblent relever bien plus que les premiers des différentes interventions chirurgicales.

Les *ulcères récents*, en effet, et par *ulcères récents* nous entendrons ceux dont l'origine ne remonte pas à plus de deux ou trois mois, ont de l'avis de tous une tendance spontanée à la guérison. Ce sont ces ulcérations encore peu étendues, à surface bourgeonnante, non déprimée, à bords presque réguliers et souples, non sclérosés, entourés de tissus normaux dont l'occlusion par

un pansement propre et le repos, peut constituer tout le traitement.

Il semble qu'à cet ulcère, qui a succédé à l'adhérence d'une veine variqueuse à la peau, ainsi que l'a montré M. Rémy, n'a pas eu le temps de s'ajouter cette névrite interstitielle, qui résulte comme le dit M. Quénu « du voisinage dangereux d'une veine malade ». Dès lors soustraire la plaie aux initiations extérieures, imposer le repos au malade, sera le début de tout traitement.

Malgré cela, il est des ulcères qui, même récents, tardent à se cicatriser, et alors quelle intervention leur opposer ? L'incision circonférentielle ? Alors on risquerait d'observer la guérison de l'ulcère avant celle de l'incision. Les scarifications ne sauraient non plus avoir aucune action, et d'ailleurs, on se demanderait où les faire, les bords n'étant ni saillants ni sclérosés.

Il n'en est pas de même des *greffes*, et ces cas sont ceux, croyons-nous, où l'on peut le plus légitimement compter sur le succès. En effet, ici nous n'avons pas affaire à ces ulcères à fond sanieux grisâtres, laissant suinter un liquide ichoreux et fétide, mais à ces ulcères à fond bourgeonnant, qui ne demandent que des conditions favorables pour se réparer ; et les greffes abrègeront d'autant la durée au la guérison.

On peut choisir encore entre la greffe de Reverdin, celle de Thiersch ou la greffe cutanée. A celles-ci nous donnerons la préférence, parce qu'elles fournissent mieux que celle-là, un bon tissu de cicatrice.

L'autoplastie pourrait aussi être un moyen. Mais indé-

pendamment des inconvénients inhérents à la méthode et que nous avons précédemment signalés, il faudrait qu'on ait affaire à une très petite perte de substance.

On peut *lier ou réséquer la saphène*, nous semble-t-il, aussi bien dans les cas récents, que dans les cas anciens. Là, n'est pas l'indication de cette opération. Bien plus que l'époque d'apparition de l'ulcère, ce qui doit guider ici, ce sont les symptômes dont il est accompagné ; nous voulons parler de l'état de la circulation veineuse du membre, qui porte l'ulcération. S'il n'y a que quelques fines varicosités superficielles, si le trajet de la saphène se dessine à peine, sous les téguments, nous rejetons l'opération. Et les indications en sont restreintes d'autant, car on sait depuis de longues années, que l'ulcère accompagne rarement les grosses varices ampullaires, qui font parfois sur les membres d'énormes nodosités.

Donc l'indication principale *ne dépend pas de l'ulcère mais des varices*. Si celles-ci forment des paquets limités, que l'ulcère soit récent ou ancien, si elles sont douloureuses, si enfin l'ulcère est le siège d'hémorrhagies abondantes et répétées, nous croyons que l'on est autorisé à réséquer la saphène interne. On voit en somme que nous considérons cette intervention, beaucoup plus comme un traitement de nécessité, que comme un moyen d'élection. Nous arrivons à la même conclusion que Charnade dans sa thèse où l'on trouve : « La condition *sine qua-non*, c'est que la saphène soit nettement visible, dilatée, insuffisante, et paraisse jouer sinon un rôle exclusif, du moins prépondérant dans la production de ces acci-

dents ». En résumé : résection de la saphène dans le cas d'ulcère récent ou ancien, mais d'ulcère accompagné de dilatations variqueuses.

Doit-on faire l'élongation ou la dissociation des nerfs dans le cas d'ulcère récent ? La question serait beaucoup plus facile à trancher, si on avait une seule théorie pathogénique de l'ulcère variqueux. Si cet ulcère reconnaît en effet une origine nerveuse, il est tout naturel de s'attaquer à l'élément nerveux. Quoiqu'il en soit, il semble qu'on ne soit pas tout-à-fait autorisé à employer ces moyens relativement violents, là où il est d'observation commune que d'autres réussissent. D'abord à ce moment, l'opération sera plus difficilement acceptée par le malade, parce qu'il n'est pas encore assez fatigué d'avoir un ulcère variqueux.

Enfin, on peut penser peut-être, que quelle que soit l'origine de l'ulcère, il finit toujours par s'accompagner, lorsqu'il est chronique, de névrites au moins à sa périphérie ; c'est donc à ce moment que les interventions sur les nerfs auront le plus de chance de succès.

Les **ulcères chroniques** sont en même temps le plus souvent rebelles, et il faut leur opposer des moyens plus énergiques que le repos, les pansements et même les greffes pour obtenir leur guérison.

Nous comprendrons sous ce terme de chroniques, des ulcérations dont le début remonte à plusieurs mois sans cicatrisation, et aussi à de longues années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Ils peuvent ne pas être très étendus, ou au contraire acquérir des dimensions telles, qu'ils sont à la fois une cause d'immobilisa-

tion par le malade, et une difformité repoussante.

Les tissus qui les entourent, sont la plupart du temps altérés dans leur nutrition et leur vitalité. Le fond de ces ulcères bourgeonne à peine, et secrète une sanie grisâtre ; il est déprimé, avec des bords durs, scléreux qui le surplombent.

A une telle affection, quels moyens pouvons-nous opposer ? Il nous semble d'abord qu'il faille distinguer deux cas : *ulcères* relativement *peu étendus*, et *ulcères* au contraire *très étendus*. Les premiers par exemple n'atteindront pas plus de 6 à 8 c. dans leur plus grand diamètre, les autres au contraire pourront faire tout le tour de la jambe.

Aux *ulcères peu étendus*, on oppose les *scarifications*. Mais nous pensons qu'il faut compter sur elles beaucoup plus comme moyen de faire prendre patience aux malades, que comme moyen réellement curatif. Les greffes auront d'autant moins de chances de réussir, que l'ulcère sera le siège de plus de troubles trophiques. Quant à l'autoplastie, nous avons dit déjà ce que nous en pensons, ses inconvénients étant ici les mêmes que pour l'ulcère récent.

La résection de la saphène sera faite dans ce cas, sous les mêmes conditions que nous avons essayé de préciser à propos également de l'ulcère récent.

Restent donc les opérations sur les nerfs et l'incision circonférentielle.

L'*élongation avec curettage et suture de l'ulcère*, selon le procédé de M. Chipault doivent donner ici leurs meilleurs résultats. Les recherches de Latteux et de Quinquaud ont démontré en effet que l'élongation déterminait, au dessous du point élongé, la dégénérescence wal-

lérienné des tubes nerveux, bientôt suivie d'un travail de régénération. De cette action peut résulter la guérison. Ce sont aussi les mêmes modifications nerveuses, que l'on peut attendre de la *dissociation fasciculaire du nerf sciatique*.

Enfin si l'on voulait avoir recours à une opération moins compliquée, nous croyons que l'incision circonférentielle pourrait donner des résultats. Mais nous aimons mieux réserver cette intervention aux cas d'ulcères très étendus, parce que c'est probablement à la suite des abus que l'on a fait de cette méthode, qu'elle est tombée dans l'oubli.

Aussi aux cas d'*ulcères très étendus, chroniques et rebelles*, ayant 15 ou 20 centimètres dans leurs plus grands diamètres, à ceux par conséquent, où le procédé de M. Chipault n'est plus applicable, à ces ulcères dont on ne peut rapprocher les bords, nous opposerons avec confiance l'*incision circonferentielle*. Agit-elle, cette incision, sur la circulation veineuse, comme le voulait Dolbeau, est-elle seulement libératrice, a-t-elle enfin une action sur l'innervation ? Toutes ces hypothèses sont acceptables ; mais ce que nous savons parce que nous l'avons vu, c'est que dans ces cas, où toute intervention est inefficace, l'incision circonférentielle guérit, est c'est une raison suffisante pour nous la faire accepter.

En plus de cela, elle est de toutes les interventions la plus simple, celle qui comporte le moins de dangers, celle enfin qui guérit pour le plus longtemps, nous n'en voulons pour preuve que le témoignage de M. le Professeur Berger.

Ne pourrait-on faire aussi, dans ce cas, la dissociation

fasciculaire du sciatique ? Pour répondre nous nous contenterons de prendre l'une des conclusions d'une thèse faite sous l'inspiration de M. P. Delbet : « La dissociation fasciculaire a semblé surtout efficace, contre les ulcères qui ne sont pas à la fois trop étendus et trop profonds. »

Nous nous résumerons dans les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

I. — La guérison d'un ulcère variqueux peut être obtenue par une intervention chirurgicale.

III. — Une seule méthode ne saurait convenir dans tous les cas ; la nature de l'intervention n'est pas indifférente pour tel cas donné.

III. — Au point de vue du traitement chirurgical à leur opposer, on peut diviser les ulcères variqueux en ulcères relativement récents, et en ulcères anciens ou chroniques.

IV. — L'intervention qui semble convenir le mieux aux ulcères récents, est la greffe dermo-épidermique de Thiersch.

V. Pour les ulcères chroniques, l'intervention doit encore être différente, selon que ceux-ci sont peu étendus, ou au contraire intéressent un grand segment du membre.

VI. — Aux ulcères chroniques, mais peu étendus, on opposera l'élongation des nerfs, avec curettage et suture de l'ulcère ; s'ils n'ont même que 3 ou 4 c. on pourra se contenter de quelques scarifications sur les bords.

VII. — Dans les cas d'ulcère d'étendue moyenne, on tentera la dissociation fasciculaire du nerf sciatique.

VIII. — Enfin ces ulcères chroniques et rebelles, qui s'étendent en hauteur sur presque toute la moitié inférieure de la jambe et en font le tour, seront rapidement améliorés par l'incision circonférentielle.

IX. — Il faut aussi, faire une place à part à ces cas, dans lesquels on trouve des dilatations variqueuses énormes et douloureuses, et où l'ulcère lui-même peut être considéré comme un accident surajouté à l'affection primitive.

X. — Dans ces cas la ligature ou la résection de la sa-phène sera légitime.

XI. — Quant à l'autoplastie c'est un procédé d'exception en raison de la difficulté de se procurer le lambeau nécessaire à la réparation.

Vu : le Président de la thèse,
FOURNIER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Ambroise Paré.** — Œuvres de Paré. Liv. II, p. 253. (Ed. Malgaigne).
- Berger.** -- France médicale, 1875, p. 323.
- Boyer.** — Traité des maladies chirurgicales, T. II.
- Cerné.** — Société de chirurgie, 15 oct. 1890.
- Chipault.** — Société de chirurgie, mai 1899.
Travaux de neurologie chirurgicale, 4^e année.
- Paul Delbet.** — Presse médicale, 13 oct. 1900.
Société de Biologie, 22 avril 1899.
Travaux de neurologie, 4^e année.
- Dolbeau.** — In th. Lafaye, 1875.
- Faure.** — Cité par Rochard in Dict. Dechambre. Art. Ulcère.
- Gay.** — The Lancet, 1853, p. 450.
- Hofmotel.** — Journal de médecine et de chirurgie pratique, T. VIII, 3^e série, n^o 9194.
- Hogden.** — Cité par Gilson in Dict. de méd. et de chirurg. prat.
- Home.** — Prat. obs. on treat of ulcer on the leg. 1797.
- Lucas-Championnière.** — Chirurgie antiseptique 1876.
- Lyot.** — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, T. I, p. 321.

- Nélaton.** — Société de chirurgie, 1852.
- Nusbaum.** — Cité par Lafaye (Th. 1875).
- Ollier.** — Bulletin de l'Ac. de médecine, 1872.
- Plutarque.** — Vie de Marius (trad. Amyot).
- Poncet.** — Lyon médical oct. et nov. 1871.
- Quénu.** — Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux.
Revue de chirurgie, 1882, T. II, p. 877-897.
Société de chirurgie, 1888.
Traité de chirurgie Duplay et Reclus Art. Varices.
- Quinquaud.** — Cité par Silvy (Th. 1900).
- Rémy.** — Traité des varices des membres inférieurs, 1900.
- Reverdin.** Archives de médecine, 1872.
Bull. de la Soc. de chirurgie, 1869.
- Ricard.** — Gaz. des hôpitaux, 1890.
In th. Archambault 1901.
- Rigaud.** — Th. de Montpellier, 1849.
- Schwartz.** — Bull. de la Soc. de chirur., 1887.
In th. de Charrade, 1885.
- Trendelenburg.** — Beitrage zur klin. Chir. VII, I, 1890.
- Vidal.** — France médicale, 1881. In th. Chassat, 1887.
- Tillaux.** — Traité de chirurgie chimique.
- Duplay.** — Arch. générale de médecine, T. I.

